


22500153259

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DE PARIS.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DE PARIS

(JOURNAL DE MÉDECINE ET JOURNAL DE CHIRURGIE RÉUNIS)

Sous la Direction de M. MALGAIGNE,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

Tome Onzième.

On s'abonne à Paris,

AU BUREAU DU JOURNAL, CHEZ PAUL DUPONT, ÉDITEUR,

Rue de Grenelle-Saint-Honoré, 45.

—

1852



NS.N.C

Paris.— Imprimerie de PAUL DUPONT,
rue de Grenelle-St Honoré, 45.



REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DE PARIS.

JANVIER 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Du développement spontané de gaz dans le sang, considéré comme cause de mort subite; Mémoire lu à l'Académie de médecine le 9 décembre 1851; *par* **M. Durand-Fardel,** *membre correspondant.*

On lit dans Morgagni plusieurs histoires de morts subites, à la suite desquelles on a trouvé des gaz mêlés au sang, dans le cœur et dans les vaisseaux. Plus récemment, Ollivier (d'Angers) a publié quelques faits du même genre. Nous n'avons pu recueillir d'autres documents sur le développement spontané de gaz dans le sang, considéré comme cause de mort subite.

L'observation suivante nous a paru, sous plusieurs rapports, digne de fixer l'attention de l'Académie.

Obs. — Une dame R....., de Versailles, âgée de cinquante-six ans, d'une taille assez élevée, d'un embonpoint considérable, était venue à Vichy accompagnant son mari affecté de gravelle.

Il résulte de renseignements obtenus sur ses antécédents, que cette dame paraissait jouir d'une très-bonne santé, n'avait jamais fait de maladie, au moins depuis un certain nombre d'années. Ayant cessé d'être réglée depuis sept à huit ans, elle n'était sujette ni aux hémorrhoïdes ni aux épistaxis, et ne se plaignait pas de céphalalgie ni d'aucune indisposition. Ses digestions paraissaient se faire régulièrement. Elle n'avait jamais éprouvé ni étourdissements ni perte de connaissance. Elle avait un bon appétit et menait une vie régulière; elle appartenait à la classe moyenne de la société.

Elle n'accusait point de douleurs d'apparence rhumatismale ou goutteuse, et se

plaignait seulement quelquefois, non pas de palpitations, mais d'un peu de peine à respirer. Habituellement son haleine était un peu courte, ainsi qu'il arrive souvent aux personnes d'un grand embonpoint, ce qui n'avait jamais été chez elle attribué à aucune autre cause.

Cette dame se trouvant à Vichy voulut, comme beaucoup de personnes, prendre des bains, et obtint une autorisation du médecin qui soignait son mari. Elle avait également bu quelques verres d'eau minérale, mais en petite quantité.

Le 20 juillet 1850, elle se rendit à l'établissement thermal pour y prendre son second bain, à quatre heures du matin. Elle était bien portante la veille, avait dîné comme tous les jours, et avait bien dormi. Seulement, en se rendant à l'établissement, elle avait la respiration plus courte qu'à l'ordinaire; son mari, qui l'accompagnait, dut ralentir son pas; elle fut obligée de rester assise un moment avant d'entrer dans le bain, et la baigneuse la vit assez oppressée pour lui conseiller de ne pas le prendre ce jour-là.

Au bout d'une demi-heure, elle demanda à sortir du bain; sa femme de chambre, qui ne l'avait pas quittée, n'avait encore rien remarqué de particulier en elle. Mais elle se trouvait alors mal à son aise, et, lorsqu'elle se leva de la baignoire pour changer de linge, elle parut agitée, se plaignit d'oppression; puis elle en sortit, et se laissa tomber sur une chaise sans qu'on eût eu le temps de la couvrir d'un peignoir sec. La respiration était devenue haletante, sans qu'elle fît de violents efforts pour respirer; elle avait perdu la faculté de s'exprimer. Cependant on avait couru me chercher dès les premiers indices de l'accident: cinq minutes ne s'étaient pas écoulées lorsque j'arrivai auprès d'elle. Elle était morte.

Je la trouvai assise sur une chaise, soutenue par les personnes qui l'entouraient, couverte encore de son peignoir mouillé; la face était complétement décolorée, la tête retombant sur la poitrine et vacillante, les lèvres légèrement violettes, les traits ni déviés ni défigurés, point d'écume aux lèvres. Les membres étaient flasques et tout à fait insensibles; il y avait absence complète du pouls et des bruits du cœur à l'auscultation; les pupilles étaient dilatées et immobiles, les conjonctives insensibles au toucher.

Bien que la constatation rapide de cet état ne me laissât aucun doute sur la réalité de la mort, j'ouvris largement la veine basilique médiane au bras droit. Il s'écoula aussitôt en bavant un peu de sang non pas noir, mais violacé et *spumeux*, c'est-à-dire accompagné de bulles de gaz d'inégal volume qui sortaient en même temps de la veine. Je restai là plus d'un quart d'heure, me livrant à des tentatives inutiles, titillant la luette, portant de l'ammoniaque sur la pituitaire, etc.; pendant ce temps, je ne quittais pas le bras droit, examinant la sortie du sang spumeux, qui continuait à s'opérer de temps en temps, sous l'influence de pressions exercées de bas en haut sur l'avant-bras. Une fois un jet s'élança avec force et persista pendant cinq ou six secondes, comme s'il eût été chassé par une bulle de gaz qui se serait dilatée dans l'intérieur du vaisseau. Une petite quantité d'écume blanche se montrait alors aux lèvres.

L'autopsie fut pratiquée vingt-deux heures après la mort, le 31 juillet, à trois heures du matin.

Le cadavre ne présentait aucune apparence de putréfaction. Quelques vergetures seulement sur les parties déclives du tronc et des membres.

Le cœur était très-volumineux; les cavités droites très-distendues par du sang entièrement liquide, violacé plutôt que noirâtre, comme sirupeux, très-spumeux: les bulles de gaz qu'il renfermait étaient, les unes très-nombreuses, grosses comme une tête d'épingle, d'autres plus rares, comme un pois. Lorsque l'on pressait sur

le trajet des deux veines-caves, le sang qui affluait dans l'oreillette droite était spumeux comme de l'eau de savon. Les parois des cavités droites du cœur offraient une coloration violacée superficielle. Les cavités gauches étaient absolument vides de sang et non colorées ; le ventricule gauche était considérablement hypertrophié ; les orifices du cœur ne présentaient aucune altération appréciable, non plus que l'aorte.

Tout le système veineux abdominal était gorgé d'un sang violacé et spumeux : du moins, des bulles nombreuses de gaz existaient dans le sang de la veine splénique et de la veine-porte.

Les poumons remplissaient la poitrine, présentant un petit nombre d'adhérences, sans aucune trace d'emphysème. Leur coloration était un peu rougeâtre au dehors, plus foncée intérieurement, où ils offraient les traces d'une congestion sanguine assez considérable, sans infiltration de sang. Il y avait un engouement spumeux médiocrement abondant aux parties déclives. Les bronches contenaient un peu de mucus blanchâtre et spumeux.

Les organes de l'abdomen n'offrirent rien de particulier à noter qu'une congestion sanguine assez considérable du foie, de la rate, des reins, et une injection prononcée des veines de l'épiploon et du mésentère. L'épiploon était fortement graisseux. L'estomac, assez volumineux, contenait un demi-verre environ de mucus clair et incolore. Les intestins ne furent pas ouverts. La vésicule contenait une quantité moyenne de bile noirâtre et sirupeuse.

L'encéphale n'offrait pas le même degré de congestion sanguine que les autres organes. Les sinus de la dure-mère ne renfermaient qu'un peu de sang liquide non spumeux. Le cerveau et l'origine de la moelle épinière, examinée aussi avant que possible, paraissaient tout à fait à l'état normal, un peu injectés de sang ; on n'apercevait pas une bulle de gaz dans les vaisseaux.

L'Académie nous permettra d'appeler son attention par une analyse rapide, sur les points les plus importants de cette observation.

Chez un sujet d'un embonpoint considérable, d'une bonne santé, sauf une légère dyspnée habituelle, il survient un malaise subit qui revêt presque aussitôt une extrême gravité, caractérisé spécialement par de l'anxiété, de l'oppression, et terminé, au bout de cinq minute à peine, par la mort. Une légère augmentation de la dyspnée habituelle avait précédé cet accident d'une heure à peu près.

Aucune cause morale n'avait pu agir sur cette femme. Le bain était composé moitié d'eau douce, moitié d'eau de Vichy ; nous avons pu nous assurer que sa température n'était pas trop élevée, bien que la gravité des circonstances ne nous ait pas permis de la mesurer au thermomètre. Le traitement thermal à peine commencé (il n'avait été pris que deux bains et quelques verres d'eau) doivent être mis hors de cause. Nous en dirons autant de l'hypothèse soulevée d'abord, d'une métastase goutteuse, puisque aucun symptôme de goutte ni de rhumatisme n'avait été observé pendant la vie. Vous remarquerez encore que les accidents qui ont précédé la mort, l'anxiété, l'oppression, n'avaient pas les caractères d'une syncope.

A l'autopsie, on trouve une hypertrophie du ventricule gauche du cœur, avec entière liberté de ses orifices, avec parfaite intégrité de tous les autres organes. Mais le cœur renfermait une cause de mort

certainement suffisante : les cavités droites, ainsi que les veines qui y aboutissent, étaient distendues, gorgées d'un sang violacé, liquide, comme sirupeux, mêlé de bulles de gaz nombreuses et volumineuses, offrant enfin, sous ce rapport, un aspect comparable à de l'eau de savon.

Quelle était l'origine de ces gaz?

Une circonstance curieuse, et consignée pour la première fois sans doute dans une observation, nous a permis de constater leur existence au moment même de la mort. Une saignée du bras, pratiquée à l'instant où la malade rendait le dernier soupir, donna issue, pendant plus d'un quart d'heure, à du sang qui, en bavant, comme de la veine d'un corps privé de vie, entraînait avec lui de nombreuses bulles de gaz.

Or, ces gaz n'ont point pénétré par le poumon dans l'appareil circulatoire, ils ne se sont pas formés dans l'appareil central de la circulation, car on en eût rencontré dans le système artériel que nous avons trouvé parfaitement vide. Ces gaz se sont formés à la périphérie, puisque nous les avons rencontrés dans les veines des membres, médiane basilique, et dans les veines de l'abdomen, splénique et porte.

Est-ce aux dépens des solides qu'ils se sont produits? Rien n'autorise à le penser : tout au plus si l'on eût observé un emphysème général, ou si l'on eût trouvé le cœur vide de sang et plein de gaz, comme dans deux observations d'Ollivier (d'Angers) (1). Mais tout porte à croire ici que c'est aux dépens du sang lui-même et par suite d'une altération spontanée de ce fluide, que ces gaz se sont produits, et que, remontant vers le cœur, par la marche naturelle de la circulation, ils ont successivement embarrassé, puis complétement entravé par leur accumulation, les mouvements de cet organe.

Je ne me hasarderai pas, Messieurs, à traiter ici la difficile ou pour mieux dire insoluble question (dans l'état actuel de la science) de l'origine spéciale de ces gaz. En l'absence d'une analyse chimique (les circonstances où a été pratiquée cette autopsie ne m'ayant pas permis de recueillir les gaz trouvés dans le sang de mon sujet), la question de l'existence normale de gaz dans le sang ne saurait nous intéresser beaucoup ici (2). Personne ne soutiendra plus, comme au temps de Morgagni, que les particules gazeuses, normalement en dissolution dans le sang à l'aide du mouvement circulatoire, viennent à se rassembler dans le ralentissement de la circulation. Ce qui nous importe surtout ici, c'est de constater avec certitude l'origine spontanée de cette exhalation gazeuse.

On ne rencontre dans la science, nous l'avons déjà dit, qu'un très-petit nombre de faits de ce genre.

Le grand ouvrage de Morgagni contient onze observations où il est

(1) Ollivier (d'Angers), *Arch. gén. de méd.*, 1838, 3e série, t. I, p. 41.

(2) Magnus, *Sur les gaz contenus dans le sang* (*Journal de chimie médicale*), 2e série, 1837, t. III, p. 537.

question d'air dans le système circulatoire. Mais dans presque toutes, cette circonstance ne peut être rapprochée en rien des phénomènes observés pendant la vie, et le manque de certains détails ne permet d'en tenir à peu près aucun compte (1).

Dans deux cas de mort subite, quelques bulles d'air furent seulement trouvées dans les veines qui rampent au-dessus du corps calleux (2).

Voici le seul fait qui se rapproche du nôtre : un pêcheur, âgé de 40 ans, mourut subitement. On trouva le cœur, l'artère pulmonaire, les sinus de la dure-mère, les veines de l'abdomen, toutes les veines du corps enfin, pleines de sang écumeux (3).

M. Reyrolle a trouvé, dans deux cas de mort par hémorragie, le sang spumeux, dans le cœur et dans les veines ; les caillots du cœur étaient comme emphysémateux. Il a vu également cette circonstance se reproduire chez des chiens qu'il faisait mourir d'hémorragie : des gaz se rencontraient dans le système veineux, moins dans le système artériel, immédiatement après la mort (4).

Ollivier (d'Angers) avait porté son attention sur cette cause de mort subite. Nous ne nous arrêterons pas à l'histoire d'un enfant atteint de de rougeole, et d'un homme en bonne santé, tous deux morts subitement, parce que ces faits manquent de détails, et que d'ailleurs l'existence d'un emphysème général, développé peu d'heures après la mort, les obscurcit jusqu'à un certain point.

Mais une observation plus remarquable à tous égard est celle d'une jeune femme de 22 ans, qui avait éprouvé, quelques jours avant sa mort, des accidents caractérisés par de la fièvre et du délire, puis une faiblesse assez grande. Mais elle s'était rétablie et se disposait à aller au bal masqué. Elle ressentit cependant de la fatigue et se coucha dans la journée, se plaignant d'une grande faiblesse. Voici comment sa mort est racontée :

Son amant était dans la chambre, occupé à allumer le feu. Il venait de l'engager à quitter le lit pour dîner ; ne l'entendant pas se lever, il se retourne, la voit à genoux sur le lit, la tête penchée sur la poitrine, ayant son jupon déjà passé autour de sa taille. Comme elle ne faisait aucun mouvement pour descendre du lit, et au moment où il allait lui prendre la main, elle relève brusquement la tête, et le regardant avec une expression de douleur et d'effroi, et en étendant brusquement les deux bras : « Je meurs, vois-tu ! » dit-elle d'un son de voix déchirant, et sa tête retomba sur l'épaule de son amant. Elle était morte.

---

(1) Morgagni, *De sedibus et causis morborum,* Epist. VIII, n. 23 ; XXVII, n. 2 ; XXXI, n. 2 ; XLIII, n. 22, l. I, n. 50 ; l. III, n. 18 ; l. IV, n. 49 ; l. VIII, n. 50.

(2) *Epist.* V, n. 17 ; XXIV, n. 6.

(3) *Epist.* V, n. 19.

(4) Reyrolle, *Sur un nouveau genre de pneumatoses se développant à la suite d'hémorragies abondantes,* thèses de Paris, 1832, n. 29.

L'autopsie fut pratiquée quatorze heures après la mort (à la fin de décembre).

Les cavités droites du cœur étaient très-distendues, comme insufflées, de telle sorte qu'en les frappant avec le manche du scalpel, elles résonnaient comme tous les organes creux gonflés d'air ; elles contenaient une grande quantité d'une écume sanguinolente à grosses bulles ; l'artère pulmonaire contenait une assez grande quantité de sang écumeux. Les vaisseaux du cerveau et des méninges contenaient un peu de sang spumeux. Tous les organes paraissaient du reste dans un état d'intégrité complète (1).

Rapprocherai-je de ces exemples, comme l'a déjà fait M. le professeur Malgaigne dans son beau Rapport sur *divers cas de mort attribués au chloroforme*, l'histoire de mademoiselle Stock, la malade de Boulogne, qui succomba en respirant du chloroforme, et fut le principal objet de la discussion que l'Académie a encore présente à la mémoire ?

Le cœur était vide, mais une mousse sanguine occupait l'orifice auriculaire de la veine cave ascendante, les veines pulmonaires contenaient un peu de sang mêlé d'air. Les veines de la convexité et de la base du cerveau étaient pleines de sang et d'air dont les bulles partageaient en tronçons la colonne sanguine. L'air sortait en bouillonnant au milieu d'un sang très-noir, très-fluide et abondant, des veines saphène et crurale gauches (2).

Dans deux observations communiquées à la Société de chirurgie, où la mort était survenue vingt-quatre et quarante-huit heures après l'inhalation du chloroforme, du sang spumeux fut également trouvé dans le cœur et dans les vaisseaux.

Vous vous rappelez, Messieurs, qu'on a cherché toutes sortes d'explications de ce phénomène, autres que la production spontanée de ces gaz pendant la vie : ainsi, la putréfaction, ou bien la rupture des veines pulmonaires, ou bien l'insufflation artificielle..., quelques expériences de M. Gosselin tendant, en effet, à rapprocher directement ces deux circonstances, l'état spumeux du sang de l'inhalation du chloroforme (3).

Mais le fait que je viens d'avoir l'honneur de communiquer à l'Académie, ainsi que celui d'Ollivier (d'Angers), échappent à toutes ces explications.

La présence des gaz dans le sang, constatée à l'instant même de la mort, l'absence d'efforts extraordinaires d'inspiration, l'absence d'emphysème, tout nous oblige à admettre une exhalation spontanée de gaz, pendant la vie, dans le sang veineux, due, suivant toute probabilité, à une altération spontanée de ce fluide, dont nous ne connaissons encore ni la nature ni la cause.

---

(1) Ollivier (d'Angers), *loc. cit.*, p. 45.

(2) Malgaigne, *Rapport sur divers cas de mort par le chloroforme* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1848-49, t. XIV, p. 209) ; et *Revue médico-chirurgicale*, t. IV, p. 276.

(3) Rapport cité, p. 219.

De la dépilation graduelle dans le traitement du favus *(Teigne)*; par le docteur Isid. **Henriette**, *médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés de Bruxelles.*

Il y a peu de maladies qui aient plus attiré l'attention des médecins que le favus, et dont le traitement les ait en même temps plus découragés. Il suffit, pour s'en convaincre, de consulter les ouvrages qui ont traité de cette affection. Chaque auteur recommande une méthode curative différente, comme produisant d'excellents résultats ; et lorsque, de notre côté, nous y avons recours, nous ne sommes pas peu étonnés des résultats négatifs que nous en obtenons. Aussi, le charlatanisme s'étant aperçu du défaut de la cuirasse, a-t-il eu beau jeu, et n'a-t-il pas manqué d'exploiter la crédulité publique. L'empirisme le plus absolu a pendant de longues années régné sans partage. Il a fallu les travaux d'Alibert, pour tirer cette maladie des ténèbres qui l'entouraient, et poser les bases d'un traitement rationnel.

Notre intention n'est pas de faire un traité de cette maladie si tristement commune; nous voulons seulement faire connaître un procédé simple, d'une application facile, suivi immédiatement de résultats avantageux. Ce procédé n'est pas nouveau, mais je crois qu'il est tombé dans un oubli si profond, que c'est en quelque sorte lui décerner un nouveau brevet d'existence que de le rappeler aux souvenirs des hommes de l'art.

La calotte, comme personne ne peut l'ignorer, a depuis des siècles été la méthode de traitement du favus, dont les résultats fussent les moins contestables. Roger de Parme, puis Ambroise Paré, ont été les premiers qui l'ont employée et conseillée. Mais la manière dont ils l'appliquaient était vicieuse, elle occasionnait des douleurs atroces, faisait quelquefois naître de graves maladies. On renonça donc à appliquer la calotte en masse, suivant l'avis de ces deux auteurs. Plus tard, et suivant les conseils d'Hélidore, Richerand lui fit subir des modifications profondes, qui ne l'empêchèrent point, cependant, d'être rejetée à son tour comme méthode barbare. Il y a peu de temps encore, que nous partagions aussi, les craintes de la plupart des médecins. Mais depuis que nous avons mis en application le nouveau système de dépilation graduelle, nous ne nous expliquerions plus bien l'espèce de répulsion que l'ancien moyen soulevait généralement. Il nous répugnait à un haut degré de faire subir le martyre à des enfants, pour les guérir d'une maladie, qui, si on en croyait les auteurs, cède avec assez de facilité aux préparations de sulfures divers, d'iodures non moins nombreux, et d'une foule de moyens déclarés infaillibles par ceux qui les emploient. Mais que de mécomptes dans la pratique!

Pour nous, et précisément parce que nous ne parvenions point à guérir à l'aide de tous ces moyens, qui ne seraient pas si nombreux, si l'un d'eux était tout simplement efficace, et d'un autre côté, parce

que les médecins des établissements publics de Bruxelles n'étaient pas plus heureux que nous, nous eûmes recours à la dépilation graduelle. Disons de suite qu'elle est si peu douloureuse, que tous les enfants qui, à l'hospice des enfants trouvés et abandonnés, sont atteints de la teigne, me demandent avec instance d'être traités par elle. Naturellement, je sais refuser à ceux chez lesquels j'ai l'espoir de guérir par une autre méthode ; mais chez ceux qui, à différentes reprises, et pendant plusieurs années ont subi des traitements rationnels dans les hôpitaux, je n'hésite pas appliquer le système de la dépilation graduelle.

Ce système d'ailleurs, quand on étudie les différentes phases qu'a subies la thérapeutique du favus, a presque toujours été le seul qui ait survécu de tous les remèdes recomandés. Seulement les moyens à l'aide desquels on le pratiquait ont varié. C'est à lui que les frères Mahon durent les nombreux succès qu'ils obtinrent, et qui étendirent au loin leur réputation. Malheureusement, ils crurent devoir garder secrète la composition épilatoire qu'ils employaient. Tout ce que nous en savons, n'est rien moins que problématique. Les nombreuses recherchés faites par des hommes auxquels la science est redevable de travaux remarquables ont donné tant de résultats divers, les analyses auxquelles ils se sont livrés, concordent si peu entre elles, qu'on ne sait à laquelle ajouter foi. Toujours est-il que l'épilation formait la base de leur traitement; et quoique la composition épilatoire ne soit point connue, c'est encore en s'appuyant sur les principes que ces auteurs suivaient, qu'on obtient des succès, des guérisons durables.

Mais le traitement des frères Mahon, décrit par Rayer (*Traité des maladies de la peau*) est extrêmement compliqué et très-long, puisqu'il dure de six semaines à deux mois au moins ; et dans les hôpitaux, il est très-difficile de l'employer, précisément à cause de ces mêmes complications.

Il ne sera peut-être pas inutile de dire ici en quelques mots les expériences que je fis avant d'arriver à la dépilation que j'emploie aujourd'hui.

Après avoir employé pendant six semaines ou deux mois des frictions avec le sulfure de chaux, l'iodure de soufre, les pommades de diverses natures, entre autres celles composées avec la suie ou son extrait, sans obtenir une seule guérison bien franche, je me décidai à recourir au procédé recommandé par M. Evens, chirurgien du Hanovre. Je l'appliquai sur trois enfants à la fois (voir les observations I, III, IV). Comme il se pourrait que ce procédé ne fût pas bien connu, voici comment M. Cazenave le décrit : On applique sur la tête, bien nettoyée et rasée, des bandelettes de gomme ammoniaque, de manière à recouvrir et au delà les surfaces malades ; et, après les avoir laissées séjourner ordinairement pendant plusieurs semaines, on les enlève facilement soit à l'aide d'un peu d'huile, ou, mieux encore, en entourant la tête de cataplasmes par-dessus les bandelettes elles-mêmes. Le cuir chevelu nettoyé de nouveau, on revient aux moyens dont je parlais tout à

l'heure, pommades et lotions, jusqu'à ce que la rougeur de la plaque malade ait complétement disparu, et, au besoin, on recommence une nouvelle application de bandelettes, qu'on est *souvent obligé de réitérer plusieurs fois*.

Je suivis à la lettre cette méthode, et voici ce que j'observai : chez un enfant les bandelettes ne prirent point adhérence (voir l'observation III). Le liquide sécrété les détachait le lendemain ou le surlendemain de leur application, et en séjournant sous elles, il déterminait une odeur repoussante et des démangeaisons insupportables. Chez le deuxième et le troisième enfant, les bandelettes étaient si fortement adhérentes, qu'il m'a été de toute impossibilité de les enlever, quoique je les eusse ramollies par des frictions huileuses et des cataplasmes émollients. La matière des emplâtres s'était si intimement liée aux croûtes du favus, que j'ai eu beaucoup de peine à la détacher du cuir chevelu ; le tout formait une pâte extrêmement adhérente, comme du mastic, et ce n'est qu'après avoir déterminé de vives douleurs aux enfants que je parvenais à les débarrasser (voir les observations I et IV). Ce temps de l'opération, comme on le voit, a une durée considérable, et à moins de supposer que la gomme ammoniaque ait une propriété curative du favus, les cataplasmes de farine de graine de lin produisent plus promptement la chute des croûtes, et surtout ne sont pas cause de douleurs et d'embarras considérables ; aussi y ai-je renoncé pour recourir au moyen dépilatoire proposé par MM. Bœttger et Martens, et employé par MM. Guersant et Blanche à l'hôpital des enfants de Paris.

Le sulfhydrate de chaux dont je me suis servi a été préparé par M. Laneau, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Jean. Les endroits de la tête sur lesquels je l'ai appliqué à deux reprises différentes, n'ont point été dénudés (voir l'observation VI). J'ai peine à conclure, de ce résultat tout à fait négatif, à l'inefficacité du sulfhydrate de chaux employé comme dépilatoire, attendu que les deux honorables médecins de l'hospice de Paris disent en avoir obtenu de bons effets ; mais alors, si ce n'est au mode de préparation, qui est très-simple cependant, de la substance pharmaceutique qui n'aura pas été conforme au procédé des auteurs, je ne sais à quoi attribuer l'insuccès que j'ai obtenu. Je constate ici un fait; je n'aimerais pas qu'en donnant de l'extension à mes réserves, on voulût en tirer la conclusion, que les cas de guérison que l'on rattache à ce mode de traitement sont au moins douteux.

En présence de ces insuccès, et dans le désir de délivrer les enfants de l'hospice d'une maladie qui datait de trois ou quatre ans et dont l'entretien, chez les nourriciers à la campagne et dans les hôpitaux, est la source d'une dépense annuelle de trois mille francs au moins, j'ai eu recours au procédé suivant :

Après avoir attentivement interrogé et examiné les enfants, pour m'assurer qu'il n'existe aucune contre-indication de guérir, et les avoir soumis à un régime tonique, je fais tomber les croûtes du favus à l'aide

de cataplasmes émollients et couper les cheveux avec des ciseaux. Puis, pendant quatre ou cinq jours, je fais laver les têtes, deux fois par jour, avec une solution de sous-carbonate de potasse dans de l'eau, dans la proportion de ʒj pour une livre d'eau. J'applique ensuite tous les jours, sur différents points de la tête, là où siége le favus, deux ou trois bandelettes, larges de deux ou trois centimètres, longues de huit ou dix centimètres, et recouvertes d'une couche légère de la préparation dont je vais faire connaître la composition.

Au bout de douze à vingt-quatre heures, je les enlève d'un trait et rapidement. Le cuir chevelu apparaît alors dépouillé de la plus grande partie des cheveux ; s'il en reste, je réapplique de nouvelles bandelettes jusqu'à ce que je sois arrivé à une dépilation complète. Je ferai remarquer, en passant, que la douleur est pour ainsi dire nulle lorsqu'on enlève les bandelettes pour la première fois, et qu'elle le devient d'autant moins qu'il reste peu de cheveux. D'ailleurs la composition de l'emplâtre permet qu'on le rende aussi adhérent qu'on le désire, selon les indications qui peuvent naître et sans rien lui faire perdre de son efficacité. Voici la formule suivant laquelle je prépare la bandelette :

Poix noire....................	192 gr. ou ℥vi.
Cire jaune....................	32 gr. ou ℥j.
Térébenthine de Bordeaux......	32 gr. ou ℥j.

Le tout est exposé à un feu doux, jusqu'à fusion complète. Le mélange étant opéré, à l'aide d'une spatule on en étend une couche d'une ligne d'épaisseur sur chaque bandelette de toile, en ayant soin de laisser une des extrémités libres, afin qu'en les enlevant le lendemain, on ne se couvre pas les doigts de poix.

Lorsqu'on a affaire par exemple, à des enfants bien conditionnés, qui n'ont pas une crainte exagérée de la souffrance, en diminuant la quantité de térébenthine ou en augmentant la dose de poix, on peut donner à l'emplâtre une puissance adhésive si grande, qu'il ne laissera plus un seul cheveu sur le point de la tête où il aura été appliqué. Lorsqu'au contraire on a affaire à de très-jeunes sujets, ou bien qui sont très-timorés, on ajoute au mélange une certaine proportion d'huile de lin. Selon la quantité que l'on ajoute, on diminue les propriétés adhésives de l'emplâtre. En résumé, on parvient toujours au même but ; il suffit pour cela de faire des applications de bandelettes assez nombreuses pour que la dépilation complète s'en suive. Nous ne les avons pas employées plus de quatre fois sur les mêmes parties malades, sans avoir obtenu tout le succès désiré.

La préparation que nous venons de faire connaître offre donc des avantages qu'il est facile de saisir de suite. Son prix est extrêmement modique, rien n'est plus facile que de se procurer partout les ingrédients qui entrent dans sa composition, et de les mélanger dans des proportions qu'on peut varier plus ou moins, selon qu'on veut la rendre fortement ou peu adhésive.

Par ce procédé épilatoire, huit à dix jours suffisent pour donner au cuir chevelu un aspect aussi lisse que celui de la paume de la main. Ce résultant étant obtenu, je fais faire tous les jours des frictions avec l'huile de cade, et des lotions avec la solution alcaline au sous-carbonate de potasse. S'il se reproduit, comme cela arrive, en même temps que les cheveux grandissent, quelque godet faveux, à l'aide d'une pince à ligature j'épile le cheveu qui le traverse.

Lorsque le favus est disséminé, je n'applique les bandelettes que sur les plaques malades; je n'épile pas la tête entièrement; cela ne serait rien moins qu'utile (voir l'observation V).

Une objection qu'on ne peut manquer de me faire au sujet du nouveau mode de dépilation que je viens de faire connaître, c'est qu'il doit amener l'alopécie, grave inconvénient sans doute, et que je reconnais, s'il doit être le résultat du traitement. Je ne sais pas encore si telle en sera la conséquence, le temps et l'expérience me manquent; il y a trop peu de temps encore que j'emploie la dépilation graduelle pour pouvoir répondre d'une manière catégorique.

Mais enfin j'admets que l'alopécie succède au favus traité par notre méthode, comme cela est probable. Je crois alors qu'il vaut mieux encore ne plus avoir de cheveux que de porter sur la tête une affection dégoûtante, objet d'une répulsion générale; n'avons-nous pas, d'ailleurs, des moyens de remédier par l'art, aux inconvénients qu'entraîne la nudité du crâne? Il y a bien peu de malades, croyons-nous, qui se refuseront au traitement que nous préconisons aujourd'hui, par ce seul motif qu'ils n'auraient plus de cheveux, attendu que l'alopécie est presque toujours le résultat des guérisons obtenues par les traitements autres que celui de la dépilation.

Ainsi trois enfants (Observations II, III et VI), sur les six que nous avons opérés, portaient les cicatrices d'anciennes plaques faveuses guéries. Il ne s'agissait dans ces cas que de dénuder un peu plus pour guérir radicalement. Ici l'hésitation ne m'a pas paru légitime pour renoncer à l'application de nos bandelettes.

Parmi les autres précautions à prendre avant d'appliquer les bandelettes, il en est quelques-unes que nous n'avons fait qu'indiquer en passant, et sur lesquelles je crois devoir revenir.

1° Nous avons dit qu'après avoir fait tomber les croûtes du favus, nous appliquions les bandelettes; mais il convient, avant de faire cette application, d'attendre quelques jours pour permettre au cuir chevelu de se raffermir; sinon, la vascularité de ce tissu augmentée par les émollients, et sa sensibilité exagérée par l'inflammation, ont pour effet de laisser suinter, à chaque implantation, un liquide limpide, légèrement gluant, semblable à des gouttelettes de rosée. Ce phénomène ne s'observe plus, ou que très-peu, lorsqu'on a pris la précaution de laver la tête, pendant quatre ou cinq jours après l'enlèvement des cataplasmes, avec la solution alcaline ou de l'eau savonneuse.

2° Les bandelettes, selon qu'on les applique en plus ou moins grand

nombre à la fois, doivent être distancées les unes des autres. Il ne convient pas de les réunir toutes sur un même point. Car la douleur ressentie dans ce cas pendant l'avulsion est plus considérable que lorsqu'on en applique une, par exemple, sur le frontal, une autre sur l'occipital, ou l'un des pariétaux. Lorsqu'on a soin de suivre ce précepte, on arrive à dénuder le crâne sans produire de douleurs un peu vives.

3° Lorsqu'on procède à l'enlèvement des bandelettes, il faut toujours le faire dans une direction opposée à celle que suivent les cheveux et rapidement, en ayant soin de maintenir la peau avec la main restée libre pour l'empêcher de suivre le mouvement de l'emplâtre.

Telles sont quelques-unes des considérations dont nous avons cru devoir faire précéder les observations, au nombre de six, que nous allons rapporter très-succinctement. Si l'expérience nous conduit plus tard à faire subir au traitement quelques changements, nous les ferons connaître en ayant soin de reléguer loin de nous toute idée préconçue. Notre but est de rechercher la vérité, nous n'en avons jamais eu d'autre.

Obs. I. — Antoinette Rens, âgée de 13 ans, d'une bonne constitution, est atteinte depuis trois ans d'un favus en cercles. Cette enfant croit avoir gagné cette maladie en se couvrant la tête d'un bonnet que portait un enfant atteint de favus ; à plusieurs reprises elle fut soumise à différents traitements, et séjourna pendant six mois à l'hôpital Saint-Pierre.

Le 14 octobre de cette année, lorsque je commençai le traitement chez cette enfant, le favus envahissait tout le cuir chevelu, il n'y avait pas de point qui ne fût recouvert de plaques. Je commençai par appliquer des bandelettes selon la méthode de M. Evens, et je recouvris ainsi toute la tête. Celles-ci restèrent en place pendant près de cinq semaines, au bout desquelles je crus devoir procéder, ainsi que le conseille le médecin de Hanovre, à leur enlèvement, à la grande joie de l'enfant qui accusait des démangeaisons insupportables.

Ici je rencontrai les plus grandes difficultés ; la matière de l'emplâtre était si intimement liée aux cheveux et aux croutes faveuses, qu'après l'avoir ramollie à l'aide d'huile et de cataplasmes, je ne pus nettoyer la tête qu'après une heure au moins d'efforts. Le cuir chevelu apparut alors avec l'aspect qu'il présente lorsqu'on a eu recours aux cataplasmes. J'employai ensuite les frictions avec une pommade dans laquelle était incorporé l'iodure de soufre, ce qui n'empêcha point les godets faveux de se reproduire.

Dès ce moment, 26 novembre, je perdis espoir d'arriver à bonne fin, et j'eus recours à la dépilation graduelle, comme je l'ai décrite plus haut. Dix jours suffirent pour arriver à une dénudation complète, et l'enfant n'a pas dit une seule fois que je lui fisse mal, lorsque j'enlevais les bandelettes. Aujourd'hui 10 décembre, la guérison est sur le point d'être définitive.

Obs. II. — Joséphine Lom..., agée de 11 ans, d'une constitution lymphatique, n'ayant jamais été malade, est atteinte d'un favus disséminé qui occupe le cuir chevelu garni de cheveux ; elle porte sur la tête d'anciennes cicatrices de plaques faveuses guéries et dépourvues de cheveux. La maladie a débuté il y a trois ans, et depuis lors, elle n'a jamais été débarrassée entièrement. Pendant six mois qu'elle passa à l'hôpital Saint-Pierre, elle subit plusieurs traitements.

Pour les raisons que j'ai fait connaître plus haut, j'eus recours dans ce cas à la dépilation le 10 octobre ; en moins de huit jours la tête était épilée et guérie ; depuis lors, le cuir chevelu a un aspect des plus satisfaisants, sans la moindre rougeur. Cette enfant n'a accusé qu'une douleur insignifiante pendant l'opération; elle a fait usage depuis de l'huile de cade en frictions.

Obs. III. — Victoire V..., âgée de 10 ans, d'une constitution lymphatico-sanguine, est atteinte d'un favus disséminé depuis six ou sept ans. Plusieurs cicatrices s'observent sur le cuir chevelu. Elle a été quatre mois à l'hôpital Saint-Pierre pour y être traitée. Rentrée à l'hospice sans être guérie, j'appliquai d'abord les bandelettes avec la gomme ammoniaque. Celles-ci ne prirent point adhérence. Je les réappliquai plusieurs fois, et j'y renonçai de guerre lasse au bout de trois semaines. L'odeur infecte que répandait cette enfant était très-repoussante. Tout ce que j'avais obtenu de cette application consistait en une chute de croûtes.

Le succès obtenu chez Josephine L...... m'encouragea à recourir au système de la dépilation graduelle. La guérison ne se fit pas longtemps attendre, après plusieurs applications faites successivement. Dix-huit jours avaient suffi pour obtenir ce résultat.

Obs. IV. — Désiré Ren..., d'une bonne constitution, mais d'une sensibilité extrême, est atteint d'un favus en cercles des plus considérables qui descend même jusque dans le col. L'enfant, âgé de 8 ans, ne se rappelle pas le début de la maladie ; il l'a toujours eue, dit-il, et a été à l'hôpital Saint-Pierre pendant 3 ans et demi.

Les bandelettes de M. Evens furent appliquées le 17 octobre jusqu'au 22 novembre, mais alors l'enfant répandait une odeur des plus fétides. J'éprouvai les plus grandes difficultés pour arriver à leur enlèvement. Le favus repullulant bientôt, je dus en venir à la dépilation graduelle. Celle-ci produisit beaucoup moins de douleur que l'enlèvement des bandelettes de M. Evens.

Aujourd'hui 10 décembre, après plusieurs applications successives de petites bandelettes, l'enfant est presque guéri. Le cuir chevelu se présente sous le meilleur aspect. Je compte sur un succès remarquable, vu les circonstances tout à fait défavorables dans lesquelles j'ai opéré.

Obs. V. — Jeanne Host, âgée de 15 ans, non réglée, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, est atteinte depuis 6 ans d'un favus disséminé qui occupe tout le cuir chevelu; elle a été 6 mois en traitement à l'hôpital Saint-Pierre. Rentrée à l'hospice le 15 novembre, elle fut soumise comme tous les autres enfants à un régime tonique, et la tête fut recouverte de cataplasmes pendant 6 jours, au bout desquels on fit des lotions alcalines. Le 1er décembre, les premières bandelettes furent appliquées et on procéda à la dépilation. Aujourd'hui 10 décembre, une partie du cuir chevelu est dénudée, et on peut prédire une guérison bien prochaine, quoique le cuir chevelu soit en quelque sorte ramolli et laisse suinter à chaque avulsion des goutelettes d'un liquide odorant, légèrement gluant.

Obs. VI. — Antoinette Der....., âgée de 9 ans, d'une bonne constitution, est atteinte depuis plusieurs années d'un favus disséminé pour lequel elle a été à l'hôpital Saint-Pierre pendant plusieurs mois. Elle porte d'anciennes cicatrices dépouillées de cheveux.

Depuis le 4 décembre, nous avons eu recours à la dépilation graduelle, et là

où elle est faite, le favus est guéri ; il ne reste plus que quelques parties malades ; huit jours suffiront, je pense, pour compléter une guérison si bien en voie de s'opérer.

Je passerai sous silence aujourd'hui deux autres cas de favus, traités l'un par les pommades au sulfure de chaux, l'autre par l'iodure de soufre. Le traitement commencé le même jour que chez les autres enfants qui font le sujet des observations IIe et IIIe, est loin d'être aussi avancé. Quoiqu'il y ait grande amélioration, il apparaît encore de nouvelles plaques de favus. Je ne doute aucunement que la maladie reprendrait son ancienne intensité si je cessais les frictions, et cependant voilà trois mois qu'on ne les discontinue pas (1).

CHIRURGIE.

Sur un symptôme négligé de certaines tumeurs du sein *(l'écoulement par le mamelon)*, par le docteur Adolphe **Richard**, *prosecteur de la Faculté.*

J'ai pu recueillir en un assez court espace de temps les six observations qui servent de base à ce travail. J'aurais donné plus de poids et d'autorité à ces recherches, si j'avais attendu de nouveaux exemples, et je me le proposais d'abord. Mais j'ai pensé que je pourrais atteindre le même but, en appelant, par une publication peut-être un peu prématurée, l'attention des chirurgiens sur ce point de clinique, et qu'ainsi l'expérience des autres viendrait peu à peu donner sa véritable valeur à ce symptôme négligé de maladies communes, souvent difficiles à connaître, et pour lesquelles les moindres éléments de diagnostic acquièrent de l'importance.

Dans une des premières leçons que fit M. le professeur Nélaton à l'hôpital des cliniques (2), il s'étendit longuement sur le diagnostic d'une tumeur volumineuse du sein dont l'extirpation allait être pratiquée. C'était une agglomération de kystes ; et le professeur, après avoir insisté sur toutes les circonstances capables d'établir ce diagnostic, en trouva une dernière preuve dans l'existence d'un signe que chacun put constater, quelques instants après, quand la femme fut sur le lit d'opérations : c'était l'écoulement par le mamelon d'un liquide sanguinolent. M. Nélaton n'avait pas, chez cette malade, reconnu ce symptôme par un simple effet du hasard. Il l'avait, au contraire, interrogée dans ce sens, ayant déjà, dit-il, remarqué plusieurs fois que, dans les kystes multiples de la mamelle, on peut, en pressant les tumeurs, faire sortir par un des

---

(1) *Journ. de médecine de Bruxelles.*

(2) 16 juin 1851.

orifices des conduits lactifères une ou plusieurs gouttes d'un liquide brunâtre semblable à de la bière ou à du sang très-fluide.

Ce fait et la généralité que lui attribuait M. le professeur Nélaton me frappèrent d'autant plus que j'avais, dans quelques cas déjà, noté l'écoulement du mamelon, m'étonnant de ne trouver rien à ce sujet dans les recueils de chirurgie. Je résolus donc d'interroger ou d'examiner désormais les malades dans ce sens, et voici le premier cas qui s'offrit à moi.

Obs. I.—Le 14 août 1851, au n° 19 de la salle Sainte-Catherine, à l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Velpeau, est entrée la nommée Barbotin, femme Castellan, âgée de 67 ans, portière à Grenelle, rue du Théâtre, n° 38. Cette femme entre pour se faire opérer d'une tumeur volumineuse au sein droit. Ses règles ont cessé de paraître à 50 ans. C'est un peu avant la révolution de 1848, c'est-à-dire 15 ans après la cessation de ses règles et un peu plus de trois ans avant d'être soumise à notre examen, qu'elle s'aperçut pour la première fois de quelque chose d'extraordinaire dans son sein droit. A cette époque, sans en être avertie par la douleur, elle sentit une dureté à la partie directement interne du mamelon, à deux travers de doigt environ de cette éminence. Cette dureté, qui lui parut être à sa surface assez bien arrondie, assez limitée, était fixe. Ce n'était point une boule, une glande roulante isolée, ainsi qu'elle sait très-bien que cela commence chez certaines femmes. Du reste, depuis plus d'un mois avant qu'elle n'aperçut cette tumeur, l'attention de cette femme qui est intelligente et soigneuse de sa santé, avait été appelée du côté du sein droit. Elle remarquait avec surprise que *sa chemise était tachée par un suintement sanguinolent* qui s'effectuait à travers les pertuis du mamelon.

Ce phénomène se renouvelait chaque jour. Il devint bientôt plus marqué : c'était du sang pur, dit la malade; et elle fut obligée de se garnir le devant du sein avec une compresse qu'elle renouvelait soir et matin. C'est dans ces circonstances qu'elle constata l'existence de sa tumeur, et pendant deux mois encore après cela, l'écoulement eut lieu par le mamelon, variable en quantité, quelquefois formé de sang pur, d'autres fois de sérosité roussâtre. — Ces deux mois une fois passés, jusqu'au moment où nous l'examinons, ce symptôme remarquable a complétement disparu.

Mais en même temps qu'elle vit cesser cet écoulement, elle s'aperçut que, tout autour du mamelon, des grosséurs s'étaient développées, semblables à celle qu'elle avait découverte deux mois auparavant; si bien qu'elle constata bientôt sept ou huit tumeurs assez isolées les unes des autres, un peu saillantes sous la peau, dures, non douloureuses, assez régulières et égales, faisant corps avec la mamelle qui chez elle, ainsi qu'on peut le voir de l'autre côté, a conservé, malgré son âge, un assez grand développement. A quelle cause pouvait-elle attribuer son mal? Tout ce qu'elle peut dire à cet égard, c'est que, sans se rappeler aucune violence directe sur le sein, elle fut forcée, dans ces dernières années, de se livrer à un travail au-dessus de ses forces. Son mari est devenu infirme ; elle est obligée de faire des ménages, des commissions, et, surtout, elle portait presque tous les jours des fardeaux pesants qu'elle chargeait du côté présentement malade, du côté droit.

Quand nous l'examinâmes vers le milieu d'août, la tumeur ressemblait tout à fait à un encéphaloïde du sein : masse un peu plus grosse que le poing, formée de plusieurs bosselures; parmi celles-ci, deux saillantes sous la peau bleuâtre et marbrée, prête à se percer. Au milieu d'une dureté assez considérable de la masse totale, on démêlait une souplesse spongieuse et comme réductible ; une demi-fluc-

tuation se sentait dans les bosselures saillantes. Du reste, mobilité profonde sur le muscle grand pectoral; mamelon saillant; aucun indice de ganglion pris dans l'aisselle; indolence parfaite de la tumeur soit au toucher, soit spontanément.

Ce que cette femme nous apprenait sur sa santé n'était pas fait pour éloigner l'idée d'un cancer. Réglée à 19 ans, n'ayant jamais eu d'enfants ni de fausses couches, elle eut dans sa jeunesse plusieurs maladies graves d'un caractère évidemment aigu. Mais, depuis l'âge de 35 ans, elle est travaillée par des vomissements continuels et une douleur à peu près constante à la région épigastrique. Elle n'eut, au milieu de ses souffrances, qu'un moment de répit, il y a 10 ans, et reprenait alors ses forces, quand, en entrant dans sa soixantième année, tout d'un coup son état empira. Depuis cette époque, après avoir vainement essayé d'une foule d'aliments, elle ne vit que de légumes crus, habituellement de carottes. Tout cela l'a réduite à un grand état de faiblesse et de maigreur; et pourtant, elle se soutient, dit-elle; et, surtout, la poussée de sa tumeur n'a apporté aucune aggravation à l'état précaire de sa santé. Au toucher, nous n'avons senti rien d'anormal dans la région de l'épigastre.

Six jours après son entrée à l'hôpital, cette femme fut opérée par M. Jarjavay qui remplaçait alors M. Velpeau. M. Foucher, interne du service, eut la bonté de me donner la tumeur. Celle-ci, avant tout examen microscopique, au lieu de la coupe uniforme de l'encéphaloïde, présentait un nombre considérable de loges fibreuses, une trentaine environ sur la coupe, fort inégales en étendue, depuis le volume d'une noix, comme les deux bosselures saillantes sous la peau, jusqu'à celui d'une tête de petit clou. Chacune de ces loges représente un lobule plus ou moins amplifié de la glande. Dans leur intérieur, un tissu d'autant plus mou que la loge est plus considérable. Ainsi, dans les plus petites, on reconnaît encore la densité du tissu mammaire; au contraire, dans les deux bosselures sous-cutanées, c'est une pulpe rougeâtre d'une grande mollesse. Au microscope, examen avec M. Robin, c'est un type d'hypertrophie mammaire parvenu à la dernière période.

Un mois après son opération, le 21 septembre 1851, cette femme sortit guérie. Je l'ai revue plusieurs fois depuis, la dernière, le 28 novembre; sa santé est meilleure qu'elle n'a jamais été.

Tel fut le premier cas qui s'offrit à moi d'écoulement sanguin par le mamelon coïncidant avec une tumeur du sein. Je fus d'autant plus attentif aux symptômes offerts par cette femme, qu'ils différaient en tout de ceux que j'avais entendu développer à M. le professeur Nélaton. Au lieu du liquide que le chirurgien exprime lui-même du mamelon en pressant et vidant le kyste par le conduit galactophore, je voyais ici, au contraire, précédant et annonçant la maladie, un jet de sang vermeil, abondant, spontané, cessant dès que la tumeur eut fait quelques progrès. Enfin l'affection chez les deux femmes, n'était pas la même.

Obs. II. — Le lundi, 22 septembre 1851, j'assistai à une extirpation que fit M. Robert d'une énorme tumeur du sein. Cette tumeur, non cancéreuse, d'une composition histologique des plus remarquables, et dont il ne sera point question ici, existait chez une femme couchée, à l'hôpital Beaujon, au n° 404 du service de M. Robert, femme que ce même chirurgien avait déjà opérée une première fois. C'est de sa première maladie que nous parlerons ici. Cette fille, âgée présentement de 41 ans, nommée Rosalie Barbier, est de Chantilly qu'elle habite. Complétement aveugle depuis l'âge de 11 ans, elle n'a jamais été mariée et n'a point eu d'enfants.

Ses règles parurent pour la première fois à 15 ans ; depuis, aucun trouble notable n'existe de ce côté. Vers 13 ou 14 ans, n'étant point encore pubère, son sein droit grossit, sans que le gauche changeât de volume. Cela ne se faisait point d'une manière naturelle, à ce qu'elle prétend, comme quand les filles commencent à prendre de la gorge ; il lui semblait qu'il y avait une grosseur dans son sein, et elle conserve si bien cette idée, que, pour elle, sa maladie remonte jusqu'à cette première époque de sa jeunesse. Quoi qu'il en soit, quelque temps après, les règles venant, les seins se formèrent, et elle les eut remarquablement développés, observant toujours que le droit était plus gros que le gauche.

Il y a 12 ans, cette fille en avait 29, comme elle jouait un jour avec plusieurs autres personnes, n'y voyant pas, elle se heurta violemment la poitrine contre un poteau. Mais elle en souffrit à peine, et ne nota rien de nouveau dans son sein. La maladie ne date vraiment que de 1849. Vers le mois d'août de cette année, elle vit que son sein droit croissait énormément. Telle fut la rapidité de ce développement morbide, qu'entrée à l'hôpital, le 15 décembre 1849, M. Robert lui enleva une tumeur qui ne pesait pas moins de sept kilogrammes et demi. C'était le 4 janvier 1850.

Sur la prière de M. Robert, cette tumeur fut examinée par M. Robin. Son volume inusité, la complication anatomique de ses éléments, la nouveauté plus grande encore à cette époque de l'histoire micrographique des tumeurs non malignes de la mamelle, tout se réunissait pour rendre l'examen de l'habile anatomiste plus scrupuleux et plus approfondi que jamais. Et en effet, dans le nombre considérable des masses morbides dont M. Robin a été à même de faire l'examen, aucune n'est mieux restée dans ses souvenirs que la tumeur de cette femme. C'était de l'hypertrophie mammaire très-avancée, avec kystes commençants, plongée au sein d'un tissu jaunâtre spécial, amorphe et granuleux, sorte de blastême qui, à lui seul, constituait la seconde tumeur que j'ai vu plus tard enlever par M. Robert.

Or, chez cette fille, voici la façon remarquable dont s'est montré le symptôme qui est l'objet de cette étude.

Le 1er décembre 1849, la tumeur ayant déjà presque tout son volume, cete fille sentit qu'un liquide chaud lui coulait sur la poitrine. Aucune excoriation n'existait à la tumeur. Le mamelon qui, toujours, avait été bien formé, et cette femme très-impressionnable s'examinait avec un soin qu'explique encore son état de cécité, le mamelon, dis-je, avait participé de l'hypertrophie de la glande ; il était, dit-elle, plus dur, plus saillant, plus rude à son pourtour, plus gros : depuis quelques jours sa base était douloureuse, avec des irradiations qui se répandaient tout autour. Ces douleurs disparurent tout d'un coup à la suite de l'hémorragie qu'elle éprouva. Pendant 14 jours, le sang ne cessa de couler par le mamelon, chaque fois qu'on enlevait les linges dont on recouvrait sa poitrine. Durant ce temps, elle eut ce qu'elle appelle ses *crises* d'hémorragie, au nombre de trois ou quatre, analogues à ce qui lui était survenu le premier jour. Après avoir éprouvé un peu de douleur, au lieu de sentir ses linges simplement collés, elle était, dans l'espace d'un quart d'heure, presque inondée de sang. Dans ces moments, elle appelait à son aide pour qu'on la serrât fortement ; dans l'intervalle des crises, ses linges n'étaient pas toujours rouges ; ils étaient quelquefois seulement salis par de l'humeur, dit-elle, du *venin* formant des taches jaunâtres. Elle interrogeait à cet égard les personnes qui voyaient son linge, espérant, quand le sang n'avait pas coulé, être alors à l'abri de ces accidents qui l'effrayaient beaucoup. Elle perdait encore du sang quand elle entra pour la première fois à Beaujon. M. Robert, pour s'opposer

à cet accident, lui fit établir une compression assez forte qui fut soutenue 15 jours sans changer l'appareil. On ne leva celui-ci que pour lui faire son opération.

Ce nouvel exemple, avec les caractères exagérés de l'hémorragie, en rapport avec l'énorme volume et la marche foudroyante de la tumeur mammaire, n'en est peut-être pas moins propre à nous montrer la vraie cause de ce singulier phénomène. Comment s'étonner que sous l'effort de l'afflux sanguin propre à suffire à un travail nutritif dont on peut à peine comprendre la rapidité, les vaisseaux cèdent et se rompent? Or ici, le théâtre de cet excès de nutrition, c'est tout l'intérieur de l'arbre mammaire, ce sont les parois des culs-de-sac de la glande, et là où s'effectue le travail morbide, là aussi coule le sang des vaisseaux rompus; puis, épanché dans les cavités de la glande, il sort au dehors par ses conduits excréteurs. Il n'est pas rare de voir, dans d'autres tumeurs, l'excès du développement morbide produire des hémorragies; mais alors, le sang épanché s'emprisonne dans la masse, et forme ces foyers qu'on a souvent décrits dans l'encéphaloïde.

Nous voyons ici se joindre à l'écoulement sanguin un autre liquide, jaunâtre, que la femme appelait de l'humeur, et que nous allons voir prédominer dans les observations suivantes.

Obs. III. — Au nº 66 de la salle Saint-Thomas, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le professeur Denonvilliers, on reçut, le 18 septembre 1851, la femme Cohin, née Louise Mettey, ayant demeuré en dernier lieu à Paris, rue du Faubourg-Saint-Martin, nº 120.

Cette femme a 50 ans; elle est fileuse. Ses règles ont paru pour la première ois vers l'âge de 16 ans; depuis cette époque, elle n'a cessé de les voir régulièrement, si ce n'est pendant ses grossesses. Elle a eu en effet deux enfants dans les premières années de son mariage, et ses accouchements n'ont rien présenté que d'heureux. Bien que parvenue à 50 ans, elle n'a encore rien éprouvé qui lui annonce l'approche de son époque critique, et sa menstruation n'a été jusqu'ici modifiée ni par son âge ni par la tumeur qu'elle porte depuis assez longtemps dans le sein. C'est une femme robuste, ayant toujours joui d'une santé parfaite. Il y a un an qu'éprouvant quelque douleur à la partie supérieure du sein droit, elle y porta la main et sentit une grosseur peu volumineuse, dure et mobile. Depuis lors, sans faire souffrir cette femme, car la douleur initiale a été en s'éteignant, cette grosseur a peu à peu augmenté, conservant ses premiers caractères. Celle qu'on sent aujourd'hui est du volume d'un œuf de dinde; elle est comme une petite mamelle greffée sur la glande normale dont elle occupe la partie la plus supérieure. La masse morbide est d'une dureté remarquable. Sa surface n'offre point de bosselure; mais quand on explore chaque point avec un peu de force, on sent une foule de petites aspérités; en un point, en bas et en dedans, deux de ces saillies un peu plus grosses que les autres et plus isolées, peuvent être serrées entre les doigts et émiettées pour ainsi dire, suivant l'expression d'A. Cooper pour sa tumeur mammaire chronique. Ce dernier caractère, joint à la mobilité de la tumeur, à la souplesse des tissus au milieu desquels elle était plongée, et en particulier des téguments, à son indolence même dans une forte pression, à l'absence de toute douleur spontanée, à la saillie normale du mamelon, jointe enfin à l'intégrité des ganglions axillaires et à la santé générale demeurée parfaite, tout cela

paraissait écarter les craintes que faisaient concevoir l'âge de la malade, le développement assez rapide de sa maladie, et cette dureté qu'on ne pouvait s'empêcher de comparer à celle qu'on rencontre dans les tumeurs squirrheuses.

Sur la demande que j'adressai à cette femme, si jamais elle avait perdu du sang par le mamelon, elle s'écria : cela se voit donc dans ma maladie ? et voici ce qu'elle m'apprit. Un ou deux mois après qu'elle eut constaté l'existence de sa grosseur, elle trouva un matin sa chemise très-légèrement tachée de sang. Le lendemain, les taches étaient plus prononcées, et elle en reconnut la source, car son mamelon était collé à son linge. Elle s'en assura mieux encore, en pressant légèrement sa grosseur, ce qui fit sortir du mamelon quelques gouttes de sang. Ce phénomène la préoccupa vivement. Durant plusieurs mois, elle ne passa pas un seul jour sans se presser le sein matin et soir : chaque fois, elle tirait du mamelon trois ou quatre gouttes d'un sang très-noir et sirupeux. Ces manœuvres n'avaient pas pour but de soulager une douleur : elle en avait pris l'habitude et espérait par là dégorger son sein. Quand par hasard, elle négligeait de presser elle-même la mamelle, le liquide sortait spontanément et se figeait au bout de son sein. Dans tous les cas, il lui arrivait ordinairement, mais pas toujours, de trouver le matin sa chemise légèrement collée et tachée alors d'un liquide simplement brunâtre ou même à peine coloré, comme les femmes qui vont accoucher, dit-elle. Pendant tout le temps que cela a duré, la quantité de sang rendu n'a jamais été plus considérable. Le phénomène se continuait le même durant les époques menstruelles. Quatre ou cinq mois avant son entrée à l'hôpital, cet écoulement avait entièrement cessé et ne reparut plus.

Le vendredi 26 septembre, M. Giraldès, qui remplaçait M. le professeur Denonvilliers, pratiqua l'extirpation de la tumeur. Je l'examinai avec M. Robin ; c'était une hypertrophie partielle de la mamelle, commençant à la surface, assez avancée au centre où plusieurs petits kystes analogues aux kystes moyens de l'observation 1re s'apercevaient.

Peu de temps après l'opération, cette malheureuse femme fut prise d'érysipèle, puis de symptômes typhiques graves, et enfin elle a tristement succombé vers le milieu du mois d'octobre à une infection purulente.

Obs. IV. — Peu de jours auparavant, je vis opérer au même hôpital et par le même chirurgien une femme de la campagne d'une quarantaine d'années, dont le lit était précisément contigu à celui de la précédente. Elle portait au sein gauche une tumeur grosse comme la moitié du poing, très-dure, un peu douloureuse, sans ganglions dans l'aisselle, sans rétraction du mamelon, datant de deux ou trois ans. C'était une hypertrophie mammaire d'une forme singulière, que M. Giraldès étudia avec grand soin et dont j'examinai des fragments avec M. Robin. Constituée par une foule de grains, les *acini* de la glande, très-durs, et remplis à leur intérieur d'une substance butyreuse, cette apparence spéciale de tumeur hypertrophique était surtout intéressante comme dévoilant, par une amplification uniforme, la structure du tissu mammaire. Cette femme, depuis deux mois que le développement de sa tumeur faisait de grands progrès, perdait d'une façon continue par le mamelon un liquide lactescent, jaunâtre, qu'il nous fut facile de faire suinter en assez grande abondance, quand nous l'examinâmes. Plus heureuse que sa pauvre voisine, cette femme a quitté l'hôpital guérie.

Obs. V. — Dans la salle des femmes de M. Jobert de Lamballe, à l'Hôtel-Dieu (3e lit à gauche en entrant), est couchée depuis le 10 novembre 1851, une fille de 24 ans nommée Marie Auvray, arrivant à Paris de son pays natal, le village de

Faverolles (arrondissement d'Argentan), pour se faire opérer d'une énorme tumeur du sein. C'est une fille occupée aux plus rudes travaux de la campagne dans la maison de son père. Elle n'est point mariée, n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches. Ses règles, qui ont paru pour la première fois à l'âge de dix-huit ans, n'ont, depuis cette époque, présenté rien que de régulier. Elle n'a jamais fait de maladie grave. Sa santé générale, même en ce moment, est excellente. Il y a six ans, elle reçut sur le sein gauche un coup, peu violent du reste, auquel elle attribue le commencement de son mal. Quand, vers cette époque, elle s'aperçut pour la première fois de quelque chose au sein, la grosseur avait déjà le volume d'une noix. Elle était immédiatement sous le mamelon, faisant corps avec la glande et ne se déplaçant qu'avec elle. Cette tumeur était donc déjà d'un certain volume, s'accompagnant aussi, par instants, d'un peu de douleur, quand malgré cela, les règles parurent et continuèrent dès lors régulièrement. Pendant plus de cinq années, la grosseur augmenta insensiblement, en restant, sous tous les rapports, ce qu'elle était sauf le volume, jusqu'à acquérir, il y a six mois, celui du poing. C'est à dater de cette dernière époque que tout d'un coup la marche de la tumeur prit une effrayante rapidité, et en moins d'une demi-année, elle passa du volume du poing à celui qu'elle offre aujourd'hui et qu'on peut comparer à un melon de moyenne grosseur.

Or, dans l'évolution de cette maladie, le moment très-tranché où, les douleurs et les élancements augmentant, le développement de la tumeur prit pour ainsi dire un caractère aigu, ce moment coïncide avec la cessation des symptômes que je tenais le plus à constater chez cette femme, l'écoulement par le mamelon. Il fut chez elle très-remarquable par sa durée et par sa nature. Pendant les cinq mois qui précédèrent ce changement brusque dans la marche de son mal, il s'écoula presque constamment, mais en faible quantité, un liquide par le mamelon. Durant toute cette période, elle ne se souvient pas d'avoir quitté une chemise, sans que toute la partie qui correspondait au sein ne fût salie ; la plupart du temps, son mamelon était collé à son linge, et cependant elle ne prit jamais soin de se garnir le devant du sein. Bien qu'elle ne fit pas trop attention à ces symptômes, elle regarda souvent suinter le liquide : c'était, dit-elle, ou de l'eau rousse, ou de l'humeur jaune, ou comme du petit lait, ou bien de l'eau parfaitement claire. On lui fit observer une fois, dit-elle, que le haut de sa chemise était imprégné d'un liquide qui ressemblait à celui des règles sur leur déclin. Tout d'un coup cet écoulement s'arrêta, et la femme n'hésite pas à dire que c'est pour cela que, depuis cette époque, son mal a cru si vite.

Aujourd'hui, le sein droit est naturel, peu développé. A la place du gauche, on trouve une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte, assez régulièrement globuleuse, offrant vers son bord inférieur le mamelon déplissé, élargi, sans saillie, à peine reconnaissable par l'énorme distension des téguments. La masse est très-mobile sur le pectoral dont elle couvre la face antérieure et un peu le dessous du bord inférieur, bouchant ainsi une partie du creux axillaire. La surface de la tumeur est bosselée dans presque toute son étendue : on sent une foule de petites bosselures de même consistance que la masse entière; mais trois grosses saillies superficielles, proéminentes au-dessus du plan de la tumeur, sont d'une mollesse qui fait penser à de la fluctuation. Le reste de la tumeur est évidemment solide, mais sans dureté. Elle est pesante, non transparente. Les téguments sont minces, rougeâtres, finement vascularisés surtout en dehors, montrant en dedans de grosses veines flexueuses et variqueuses. La femme souffre beaucoup de la gêne d'une tumeur aussi pesante, et de plus est assez souvent tourmentée par des

douleurs lancinantes. Elle dort bien cependant, et son état général serait excellent sous tous les rapports, si l'idée d'une opération, qu'elle considère comme très-grave à cause du volume de ce qui doit être enlevé, ne la préoccupait vivement.

Quelques jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu, cette femme fut opérée par M. Jobert. M. Follin examina la tumeur. C'était une hypertrophie mammaire.

Les faits qui précèdent étaient pour moi, je l'avoue, très-concluants. Qu'avec une hypertrophie partielle de la glande mammaire naquît en même temps un produit de sécrétion viciée qui se portait au dehors par les conduits excréteurs de la glande, cela paraissait tout naturel, et le phénomène extérieur, l'excrétion morbide, venait traduire rigoureusement le travail interne caché au sein des tissus. Signe précieux surtout, si on l'opposait à la tendance tout inverse du cancer et surtout du squirrhe, lequel, produit hétéromorphe, formé de toutes pièces indépendamment des éléments de la glande, ne peut croître qu'en amenant fatalement l'atrophie, puis la résorption du tissu mammaire. Autant donc l'écoulement par le mamelon paraissait une condition naturelle de la maladie dans les tumeurs bénignes, autant il paraissait incompatible avec l'existence d'un cancer.

Un exemple qui s'offrit à moi dernièrement, à la Charité, vint troubler un moment toutes ces prévisions, pour leur donner ensuite, au contraire, à mes yeux du moins, une éclatante confirmation.

Obs. VI. — Dans le service de M. le professeur Velpeau, à la Charité, n° 26 de la salle Sainte-Catherine, j'examinai dernièrement une femme entrée à cet hôpital le 24 novembre 1851. C'est une couturière, nommée Anne Cocu, née Favrès, demeurant à la Villette, rue de Flandre, n° 15. Réglée à 15 ans, et toujours bien depuis, mariée à 21, elle a fait cinq enfants, le dernier il y a 7 ans. Celui-ci est le seul qu'elle ait nourri. Cette femme n'a cessé d'être tourmentée, depuis ses premières couches, par des flueurs blanches abondantes qui, du reste, ont diminué dans ces dernières années ; à part cela, sa santé est assez bonne. Son père vit encore ; sa mère est morte à un âge assez avancé, et rien dans les symptômes de la maladie à laquelle elle succomba ne donne le soupçon d'une affection cancéreuse.

Depuis *plus de six ans*, cette femme s'était aperçue qu'elle portait dans son sein gauche, au-dessous du mamelon, une petite glande qui ne la faisait en rien souffrir et qui restait stationnaire. Il y a huit mois, un de ses enfants, qu'elle habillait, se releva brusquement et lui choqua rudement le sein avec sa tête. Elle en souffrit quelques jours, et attribue à cette violence la croissance de son mal. Et en effet, à cette époque, sa tumeur se mit à grossir insensiblement jusqu'au volume qu'elle offre présentement. A notre examen, nous vîmes qu'une bonne partie du sein était envahie. La glande mammaire, peu développée du reste, est comme couronnée dans sa partie la plus centrale, sous le mamelon et tout autour de cette éminence, par une tumeur du volume d'un gros œuf. Il serait inutile de le décrire en détail : car, deux caractères qu'elle offrait à un degré très-prononcé fixaient d'une manière positive le diagnostic. Dans toute la partie inférieure au mamelon, les téguments étaient intimement collés à la tumeur, *confondus avec sa surface*, tout en restant naturels ; dans le reste, ils conservaient leur laxité ; le mamelon lui-même se trouvait, à cet égard, dans un état intermédiaire ;

bien formé, bien saillant, mais plaqué à sa base sur la tumeur dont on ne pouvait le détacher. La *dureté* de la masse morbide rappelait dans tous ses points celle du *cartilage*. Joignez enfin que deux ganglions existaient dans l'aisselle, et qu'on sentait deux ou trois petites boules analogues sous le bord inférieur du pectoral. C'était évidemment un *squirrhe*, et j'en fus désolé ; car j'avais justement chez cette femme constaté l'écoulement du mamelon.

Elle me rapporta qu'il y a deux ou trois mois, un pharmacien lui conseilla des frictions avec une pommade et en même temps de se comprimer le sein pendant quelque temps matin et soir. Elle remarqua qu'en pressant le sein, elle faisait chaque fois sortir une goutelette d'eau rousse d'abord, puis comme du petit lait, ou quelquefois d'eau parfaitement claire. Elle espérait, dit-elle, en pressant sa grosseur la faire *aboutir ;* quand elle vit qu'elle croissait toujours, elle renonça à ses manœuvres. Elle me dit, du reste, de lui laisser elle-même presser son sein, et exprima ainsi sous mes yeux une goutte d'un liquide assez clair, d'une teinte légèrement jaunâtre, tout à fait analogue au *colostrum*, ou au liquide que laissent suinter les mamelles des femmes dans les derniers mois de la grossesse ou immédiatement après l'accouchement.

L'opération fut pratiquée par M. le professeur Velpeau, le samedi 29 novembre.

J'avais tellement compté sur la valeur diagnostique de l'écoulement par le mamelon, que malgré tous les caractères que je viens de rapporter, malgré la coupe trop caractéristique de la tumeur, j'espérais encore, en portant un fragment de celle-ci chez M. Robin, que le microscope n'y découvrirait point de cancer. Il en découvrit pourtant sur-le-champ, et les plus belles, les plus nettes cellules cancéreuses que j'aie jamais vues. Mais nous fûmes frappés, en examinant la tumeur à l'œil nu, d'y reconnaître deux *parties*, une excentrique d'une coupe uniforme, puis un noyau assez considérable plus mou, à grains faciles à isoler, se creusant de petits enfoncements lacuneux, quand on venait à racler la surface, en un mot présentant deux *lobules de la glande mammaire hypertrophiés*.

Et cette portion, mise sous le microscope, nous montra les culs-de-sac glandulaires avec tous les caractères qu'a si bien étudiés M. Robin et qu'il m'a souvent montrés, surtout ce développement énorme de l'épithélium passé presque partout de la forme nucléaire à l'état pavimenteux. Dans l'intérieur des culs-de-sac, autour de nombreux *globules de lait*, se groupait une multitude de *corpuscules de colostrum*.

Tout s'expliquait désormais. Cette femme avait un squirrhe du sein enveloppant une hypertrophie partielle de la glande ; c'est poor cela que la petite tumeur qu'elle voyait depuis plus de six ans dans son sein était aussi longtemps restée stationnaire. Ayant une tumeur bénigne de la mamelle, elle avait été en outre surprise par l'invasion du cancer. Rien n'exclut, en effet, ces deux maladies si différentes ; on peut concevoir au contraire que, la diathèse sans doute existant, un travail hypertrophique de plusieurs lobules de la mamelle soit une cause d'appel pour une manifestation cancéreuse dans leur voisinage.

Et pourtant, une pareille association est infiniment rare. M. Robin ne l'a jamais observée dans le sein. Il m'a dit seulement avoir vu un cancer de la peau entourant une hypertrophie des glandes cutanées. On voit qu'une tumeur demande à être examinée dans toutes ses parties :

suivant la portion examinée on aurait ici prononcé le nom de cancer, ou, au contraire, trouvé un tissu parfaitement homœomorphe. Un cas pareil semblerait démonstratif aux cliniciens qui, résistant à l'évidence, admettent la transformation morbide des tissus et, comme on dit, la dégénérescence. Voyez cette femme, diraient-ils : elle eut pendant six ans une tumeur mammaire chronique qui a fini par *dégénérer* en cancer. On pourrait, pour ne leur opposer que cet exemple, leur montrer, au contraire cette tumeur bénigne persistant au milieu du cancer qui l'enveloppe. Mais c'est par l'observation journalière qu'il faut surtout leur répondre ; c'est en leur faisant voir que tout travail nutritif normal ou pathologique, à tous les âges, dans tous les organismes, se fait par l'exsudation d'un blastême à travers les vaisseux et son organisation consécutive.

Si on voulait résumer le point de symptomatologie que nous avons cherché à esquisser dans les exemples précédents, on trouverait entre les divers cas une très-grande dissemblance. L'écoulement du mamelon varie depuis l'aspect du sang le plus pur, le plus vermeil, jusqu'à celui de l'eau claire ; très-abondant et spontané dans plusieurs exemples, dans quelques autres c'est un suintement, une simple gouttelette qu'on ne fait sortir qu'en pressant le sein ; ici, il annonce le début de la tumeur, là il ne paraît que quand celle-ci offre un notable développement ; si le chirurgien peut quelquefois lui-même le reconnaître, plus souvent il est supprimé depuis longtemps, quand la femme songe à se faire opérer.

Cependant, en mettant ici de côté la première observation, qui sera reprise, l'accord est facile à établir, malgré les dissemblances. La femme de l'observation II, au milieu de ses bouffées hémorragiques si remarquables, n'avait pas, dans l'intervalle des crises, ses linges toujours rougis par du sang : ils étaient quelquefois salis par de l'*humeur*, par du *venin*, comme on lui disait, formant des taches *jaunâtres*. Chez la femme qui mourut à Saint-Louis (obs. III), le sang était sirupeux, et, le matin, la chemise était tachée d'un liquide brunâtre ou à peine coloré, comme les femmes *qui vont accoucher*, dit-elle. Dans l'observation V, le liquide est ou de l'*eau rousse*, ou de l'*humeur jaune*, ou du *petit lait*, ou de l'eau parfaitement claire. Chez la malade de la Charité qui portait un squirrhe entourant une hypertrophie mammaire, nous trouvons du véritable *colostrum*. Enfin, la seconde malade de Saint-Louis (obs. IV) offrit à notre examen un liquide *crémeux*. — Si bien que nous arrivons à cette conclusion : le liquide sortant du mamelon chez les femmes affectées d'hypertrophie partielle de la mamelle est une sécrétion lactiforme, habituellement, mais pas toujours, mélangée à une certaine quantité de sang. L'altération qui provoque ce symptôme extérieur est comme la viciation d'un travail normal ; il en est un peu de même pour la sécrétion, dont le produit ressemble au liquide normal, vicié cependant et mélangé de sang. C'est au microscope à constater, et les occasions en seront nombreuses, si le liquide sanguin ou sanguinolent

contient toujours, dans ces cas, des globules de lait ou des corpuscules de colostrum. Ce mélange et cette sorte d'alternance du liquide lacté et du sang est une particularité remarquable de ce symptôme. Il y a une sorte de dégradation depuis la crème presque pure, puis le colostrum, l'eau rousse, le sang sirupeux, les crises hémorragiques séparées par l'apparition d'un liquide jaunâtre, jusqu'à, enfin, cet écoulement purement sanguin et du début qui caractérise la première observation. Celle-ci semble devoir être mise à part. Chez cette vieille femme (obs. Ire), l'hémorragie du mamelon est, pour ainsi dire, prodromique. Elle annonce l'apparition de la tumeur, et cesse peu de temps après. Sans doute, ce fait ne doit point être perdu de vue. Mais des exemples empruntés à différentes régions du corps nous montreraient qu'à la rigueur des tumeurs cancéreuses pourraient provoquer le même phénomène.

Toutes nos tumeurs sont de même nature : hypertrophie partielle de la glande mammaire ; mais la forme et le degré de la maladie varient cependant. Or, à cet égard, une remarque est facile à faire : c'est que le sang a surtout été abondant dans les formes ramollies, avancées, avec commencement de kystes (obs. I, II, V), et qu'au contraire, la sécrétion laiteuse a dominé dans les formes assez peu avancées, encore dures, et qu'on nommerait pancréatiques avec Abernethy, adénoïdes avec M. Velpeau, les premières formes répondant au sarcome cystique des Anglais (1).

Le signe développé par M. Nélaton pour les kystes multiples de la mamelle est-il de la même nature que celui que nous venons d'étudier

---

(1) Voici un exemple singlier d'hémorrhagie prodromique du mamelon. — Le 24 octobre 1851, j'ai examiné, au n° 10 de la salle Sainte-Sophie de la Pitié, (service de M. Gendrin), madame veuve Durand, âgée de 40 ans, blanchisseuse, demeurant rue Mazarine, n° 38. Cette femme porte trois petites tumeurs irritables de la mamelle avec tous les symptômes ordinaires de cette maladie. Voici comment elle en raconte le début :

Il y a cinq ans, elle était, comme toujours, bien portante, bien réglée. Etant en train de laver du linge à la rivière, elle s'aperçut tout d'un coup que quelque chose de chaud lui coulait du sein et imprégnait le devant de sa chemise. Effrayée, elle appela de suite un médecin et rentra chez elle. Là, on découvre le sein gauche, et on voit s'écouler par le mamelon un sang rouge et vermeil. Si on pressait, le liquide était comme dardé. Pendant deux jours, plusieurs serviettes qu'on appliqua sur la région furent remplies de sang. Au bout de ce temps, la compression et les affusions froides finirent par suspendre cette hémorragie qui, depuis lors, ne s'est pas reproduite. La femme ne fit point de chute, ne reçut point de coup. Aucune douleur non plus ne précéda cet accident. Quoi qu'il en soit, c'est quelques jours après qu'elle aperçut sa première tumeur, puis les deux autres au bout de quelques mois. En cinq ans elles ont peu grossi, sont actuellement du volume d'nne grosse noisette, et présentent tous les caractères des noyaux d'hypertrophie partielle, qui, par leurs rapports avec des filets nerveux, font éprouver à cette femme des souffrances névralgiques souvent très-pénibles. Elle ne veut point pourtant être débarrassée de ces tumeurs.

ici? Je n'hésite pas à l'affirmer. On ne peut établir de limites tranchées entre la forme d'hypertrophie partielle notée dans les observations I, II, III, et les kystes multiples. C'est une seule et même maladie, je ne dis pas à des *degrés* divers, puisqu'on ne saurait démontrer que les kystes multiples doivent d'abord être un sarcome cystique du sein, mais à des *états* différents. Dans un cas, la production hypertrophique des parois des culs-de-sac domine, dans l'autre les cavités de ces culs-de-sac augmentent au point de former des poches souvent considérables qui, la plupart du temps, continuent à communiquer avec les canaux excréteurs de la glande : la sécrétion morbide et viciée s'effectue dans ces kystes, comme dans nos tumeurs, et la pression peut les vider en partie. — On comprend, toutefois, que la perméabilité des canaux galactophores peut cesser d'exister, et pour plusieurs causes. L'une d'elles se révèle très-bien dans l'observation prise à l'Hôtel-Dieu (obs. V) : la tumeur grossit tellement qu'à peine pouvait-on reconnaître le mamelon, aplati, élargi, presque entièrement effacé.

Il serait sans doute bien désirable de pouvoir établir les lois de la fréquence et de la généralité du symptôme que nous avons eu en vue dans cette étude : cela demande l'examen et la comparaison d'un grand nombre de cas, et c'est ce que je vais essayer de faire à l'avenir avec tout le soin possible.

Tout ce que je puis dire jusqu'ici, c'est qu'après avoir vu un grand nombre de tumeurs du sein pendant cinq mois, sur vingt-sept cancers du sein confirmés, examinés pour la plupart au microscope, pas un seul n'a offert d'écoulement d'aucune sorte par le mamelon, tandis que les observations qu'on vient de lire ont été prises sur un nombre de tumeurs bénignes de moitié moins considérable.

En résumé donc, l'écoulement du mamelon est un symptôme fréquent de l'hypertrophie partielle de la mamelle ;

Et son existence est d'un pronostic favorable dans les tumeurs du sein.

Sur les difficultés du cathétérisme dans les rétrécissements de l'urètre, *et sur les moyens de les vaincre;* par le docteur **L.-Aug. Mercier.**

On ne doit jamais, en chirurgie, donner que le moins possible au hasard, et tout moyen qui n'a d'autre portée n'est qu'un temps d'arrêt dans la science. Il en est ainsi de plusieurs procédés qui ont été dernièrement préconisés pour le cathétérisme des rétrécissements de l'urètre, et, dans le nombre, je citerai particulièrement les bougies tortillées, dont l'auteur n'a pas même osé donner une théorie raisonnée, tant, sans doute. la tâche lui eût paru difficile. (Voy. *Traité des Angusties*, par Leroy d'Etiolles, p. 238.) Il ne me sera pas difficile de démontrer, je pense, que les seuls procédés véritablement utiles sont ceux qui ont

pour base la connaissance exacte des diverses difficultés qui peuvent se présenter.

Ces difficultés sont de trois ordres : 1° il peut arriver que la bougie ne rencontre pas l'orifice du rétrécissement ; 2° elle le rencontre, mais ne peut le franchir ; 3° elle pourrait le rencontrer, elle pourrait même le franchir, mais d'autres obstacles l'empêchent de pénétrer jusqu'à la vessie. Ce troisième ordre peut exister sans rétrécissement proprement dit, et c'est lui qui constitue le plus souvent ce qu'on appelle *rétrécissement spasmodique* et *spasme des rétrécissements.*

1° Dans le premier cas, la difficulté provient de ce que l'orifice du rétrécissement ne correspond pas au centre du canal, et, plus souvent, de ce que, dans un cathétérisme antérieur, une fausse route plus ou moins profonde a été faite à côté du rétrécissement, de manière que les bougies ont plus de tendance à s'y engager que dans le rétrécissement lui-même. Cette circonstance peut se présenter dans tous les points où l'urètre est susceptible de se rétrécir ; mais particulièrement dans la partie la plus reculée du bulbe. Dans la fosse naviculaire, la fausse route est presque toujours supérieure au rétrécissement ; dans la région moyenne, elle peut occuper les divers points de sa circonférence ; mais dans le fond du bulbe, elle est tantôt supérieure au rétrécissement et tantôt inférieure : dans ce dernier cas, qui est de beaucoup plus fréquent que le premier, la fausse route est dans le prolongement de la région spongieuse, tandis que le rétrécissement se trouve pour ainsi dire niché dans la paroi supérieure, ne différant souvent que très-peu des follicules qui existent en assez grand nombre dans cette paroi.

Quand une bougie fine et droite est arrêtée, et qu'à la facilité avec laquelle on la retire, il est évident qu'elle ne s'engage point dans le rétrécissement, il faut se garder de trop insister ; on courbe alors légèrement l'extrémité de la bougie, puis on l'introduit avec lenteur, le bec dirigé du côté opposé au siége présumé de la fausse route. On évite avec soin, pendant le premier temps, de lui imprimer le moindre mouvement de rotation. Si l'on ne pénètre pas directement, on retire la bougie d'un ou deux centimètres et on la repousse comme la première fois, *après* avoir, par un très-léger mouvement de rotation, changé tant soit peu la direction de son bec. On présente ainsi successivement celui-ci à différents points de la circonférence du canal, et on finira par enfiler le rétrécissement. Sitôt qu'on sent qu'il s'engage, il faut insister par une pression douce et soutenue, et ces manœuvres, exécutées avec beaucoup de lenteur et de patience, seront presque toujours couronnées de succès.

2° Quand la pointe de la bougie s'engage dans le rétrécissement et ne peut le franchir, cela tient beaucoup moins aux sinuosités qu'il présente qu'à la rigidité de son tissu. Arrivé à une certaine profondeur dans la coarctation, l'instrument est arrêté non-seulement par l'obstacle qu'il rencontre à sa pointe, mais encore par celui qui s'exerce sur toute la surface de son cône qui est engagée. Si donc on pouvait annihiler

toute autre résistance que celle qui s'exerce à son extrémité, celle-ci pourrait pénétrer plus avant, jusqu'à ce que la résistance des parties nouvellement traversées, jointe à celle des parties qui ne le sont pas encore, fasse, comme dans la première tentative, équilibre à la pression qu'il est possible d'opérer. Or, c'est à quoi je parviens par un artifice bien simple : à la première bougie, j'en substitue une autre plus volumineuse et à cône moins allongé. Celle-ci, plus forte, supporte une pression plus énergique ; elle agit uniquement sur les parties qui viennent d'être dilatées et les dilate encore davantage, de sorte que, si l'on revient à la première, celle-ci n'éprouve plus aucune résistance à sa périphérie dans les points où elle se trouvait d'abord fortement étreinte ; point de raison, par conséquent, pour qu'elle ne traverse une seconde partie du rétrécissement comme elle a traversé la première. On alterne ainsi jusqu'à ce qu'on ait complétement franchi l'obstacle. C'est comme s'il existait plusieurs rétrécissements, et qu'on se débarrassât de l'étreinte des premiers pour agir plus efficacement sur les autres.

Ainsi les auteurs conseillent, lorsqu'on ne peut pas franchir une coarctation avec une bougie, d'en prendre une plus fine encore et plus effilée ; moi, je conseille d'en prendre une plus grosse et à cône plus abrupte, mais c'est pour revenir ensuite à la première. Une bougie plus fine ne serait pas, il est vrai, étreinte aussi fortement que celle qui l'aurait précédée par la portion que celle-ci aurait traversée ; mais lorsqu'on a commencé par une bougie déjà très-fine, il n'est guère possible de descendre, et d'ailleurs, l'avantage qu'on pourrait retirer de cette substitution serait plus que compensé et détruit par la résistance moindre de l'instrument.

3° La portion membraneuse est soumise à l'action des muscles, qui, lorsqu'ils viennent à se contracter spasmodiquement, en augmentent considérablement la courbure. Ainsi, à son passage même à travers l'aponévrose moyenne du périnée, elle est embrassée par des faisceaux musculaires, un de chaque côté, qui, unis l'un à l'autre sur ses faces antérieure et postérieure, se portent ensuite en dehors, en arrière et en bas, pour s'insérer à l'endroit à peu près où les branches descendantes des pubis s'unissent aux branches ascendantes des ischions. En conséquence de ces dispositions, ces muscles la tirent en arrière et en bas, ce qui fait que Santorini, qui me paraît les avoir vus le premier, mais chez les femmes seulement, les a nommés *dépresseurs de l'urètre*.

Immédiatement au-dessus, cette portion passe entre les deux faisceaux du muscle pelvien, connus sous le nom de *muscles de Wilson*, lesquels s'insérant à la face postérieure du corps des pubis vont s'unir derrière elles, et les tirent par conséquent en avant, c'est-à-dire en sens inverse des précédents.

Le spasme et même la contraction de ces muscles compliquent très-souvent les rétrécissements de l'urètre, soit qu'ils résultent de l'inflammation même qui a amené le rétrécissement et qui s'est perpétuée, soit que l'inflammation ait été provoquée ou exaspérée par ce rétrécissement.

J'en dirai autant de l'action exagérée des fibres musculaires obturatrices du col de la vessie, qui, après avoir embrassé par leur plein l'orifice urétro-vésical, se jettent par leurs extrémités dans la paroi antérieure de la vessie, de manière que lorsqu'elles viennent à agir, elles entraînent le bord postérieur ou rectal de cet orifice vers le bord pubien, lui faisant faire une saillie transversale que j'ai désignée sous le nom de *valvule musculaire du col de la vessie.*

De ces déviations alternes résulte, pour la partie profonde de l'urètre, une forme que j'ai comparée, il y a déjà près de dix ans, à un grand sigma des Grecs (Σ), la branche horizontale supérieure représentant le bord postérieur du col vésical, l'inférieure le bulbe, l'angle inférieur résultant de la traction des dépresseurs, et le moyen résultant de celle des faisceaux musculaires de Wilson.

Il est évident que pour engager une bougie dans la courbure inférieure de la portion membraneuse, il faut donner à cette bougie une *forte* courbure près de sa pointe (1). Il suffit souvent de la courber autant qu'il est possible sans l'érailler ; mais on y parvient toujours à l'aide d'une bougie creuse ou d'une sonde en gomme élastique dans lesquelles on engage un fil métallique plus ou moins fin et fortement courbé. C'est surtout dans les cas dont il s'agit que celles qu'on façonne ainsi sont bien supérieures à celles qu'un certain praticien a fait fabriquer exprès ; car, puisqu'il faut les faire passer à travers un rétrécissement, celles-ci seraient trop fines et trop peu résistantes pour conserver leur courbure. D'autres fois le contraire aurait lieu ; comme elles se présenteraient en travers dans le fond du bulbe, il serait fortement à craindre qu'elles ne se courbassent de manière à ce que leur pointe revînt vers le méat urinaire. Ensuite, un instrument ayant une certaine rigidité, qu'on pourra varier au besoin en changeant de mandrin, déprimera plus facilement l'angle correspondant aux faisceaux de Wilson, qu'une fine bougie coudée qui n'aurait que sa résistance intrinsèque. Comme c'est, à cette hauteur, le talon de l'instrument et non pas son bec, qui a pour effet de déprimer la paroi postérieuse du canal et d'en opérer le redressement, on comprend qu'on peut user d'une certaine force sans avoir à craindre de faire fausse route.

Arrivé au col de la vessie, il est évident encore qu'une bougie ainsi courbée est celle qui convient le mieux pour franchir la saillie du bord postérieur, qui souvent présente une résistance d'autant plus difficile à surmonter que des fausses routes ont été faites antérieurement dans la face urétrale de la valvule. Comme cette valvule est souvent fortement poussée contre le col de la vessie par la pression de l'urine sur sa face vésicale, on comprend qu'une certaine roideur est nécessaire, et qu'une bougie fine coudée faite exprès n'a pas cette roideur qu'on peut toujours proportionner à la résistance, quand on se sert de bougies élasti-

---

(1) J'ai préconisé ces fortes courbures dans la *Gaz. méd.* du 8 février 1845, p. 87, et dans mes *Rech. sur les rétréciss.*, passim.

ques droites, dans lesquelles on introduit des mandrins qu'on peut varier suivant la nécessité.

Quand on a affaire à des déviations spasmodiques de l'urètre non accompagnées de rétrécissements, les règles sont identiques. On a même cet avantage que, eu égard au volume des instruments, on n'est pas obligé de se circonscrire dans un cercle aussi étroit, et qu'on réussit assez souvent mieux alors avec mes sondes coudées ou bicoudées métalliques, qui ayant plus de poli, glissent mieux et transmettent d'une manière plus nette la sensation des résistances qu'elles rencontrent.

J'ai déjà rapporté dans d'autres ouvrages, des cas où l'emploi de ces règles a eu les résultats les plus importants pour les malades et leur ont évité de terribles extrémités : j'en rapporterai d'autres encore. Qu'il me soit permis de dire aujourd'hui que, depuis plus de douze ans, je n'ai jamais trouvé qu'un seul sujet chez lequel je n'aie pu pénétrer, et encore est-ce parce que deux chirurgiens qui m'avaient précédé avaient fait une fausse route que je ne pus jamais éviter, et par laquelle on arrivait à plus de 20 centimètres de profondeur. Et pour que ce cas ne semble pas une porte d'issue par où d'autres insuccès pourraient passer sans bruit, je dirai que ce sujet m'avait été adressé, il y a six ou sept ans, par le docteur Videcoq.

REVUE CRITIQUE.

Médecine.

SUR LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE LA RAGE PAR LES FRICTIONS MERCURIELLES ; *par* M. RENAULT.

M. Renault a lu à l'Académie de Médecine un rapport très-remarquable sur cette question, dont l'importance ne saurait être niée. L'extrait qu'on va lire intéressera à coup sûr les praticiens.

L'idée de combattre la rage et surtout d'en empêcher le développement à l'aide des frictions mercurielles, n'est pas nouvelle ; bien plus, dans presque tout le cours du siècle dernier, elle semblait avoir acquis la force de chose jugée ; et de 1738 à 1783, il paraissait acquis à la science par une grande masse de faits, et il était professé par les médecins les plus haut placés, que les frictions mercurielles avaient une efficacité réelle, pour quelques-uns, comme moyen curatif, pour le plus grand nombre comme moyen préservatif de la rage.

De 1783 jusqu'aujourd'hui, une véritable réaction s'est opérée contre ces idées, à ce point que beaucoup de praticiens éclairés ont été jusqu'à révoquer en doute même les vertus préservatrices, même l'innocuité de cette médication.

Les raisons qui ont ébranlé des croyances reposant sur des observations aussi nombreuses et étayées par d'aussi imposantes autorités, sont : 1° le manque de preuve que les animaux qui avaient mordu étaient atteints de la rage, et l'invocation de faits dans lesquels on citait comme ayant été préservées des personnes qui n'avaient même pas été mordues, et qui, évidemment, n'avaient pu être infectées; 2° l'absence de preuve que la salive des animaux enragés eût été déposée dans la

plaie résultant de la morsure ; la plupart des personnes citées comme mordues ne l'ayant été qu'à travers les vêtements, etc. ; 3° enfin, en admettant que l'animal qui a fait les morsures fût enragé, et que celles-ci aient été faites à nu, il eût fallu, ajoute M. le rapporteur, pour argumenter rigoureusement des faits de préservation observés dans ces cas, qu'il fût constant que tous les individus mordus à nu, par des animaux enragés, deviennent nécessairement enragés quand on les abandonne à eux-mêmes. Or, parmi les observations rassemblées dans les divers ouvrages qui ont traité de la rage, les exemples abondent dans lesquels ces sortes de morsures sont restées sans résultat fâcheux sur des personnes ou sur des animaux qui n'ont subi aucun traitement.

Cette opinion, que tous les individus mordus par des animaux enragés n'enragent pas, n'est donc pas nouvelle. Tous les auteurs sérieux, tous les bons observateurs qui ont traité de la rage, l'ont consignée dans leurs écrits. Mais en France, du moins, il n'a été établi par aucun sur des données quelque peu certaines, quelle était, en moyenne, la proportion des cas de rage à ceux des morsures. M. Rénault a entrepris ces études dont il expose en ces termes les résultats :

« Pour ne pas jeter de confusion dans ces calculs proportionnels et conserver aux résultats leur valeur propre, il importe de faire deux séries des faits sur lesquels ils ont été établis.

« Dans une première série se trouvent les cas de morsures accidentelles, faites comme cela a lieu tous les jours, par des chiens enragés ou suspects de l'être, à des chiens ou à d'autres animaux que leurs propriétaires ou la police envoient ensuite à Alfort pour y rester en observation. On voit que les résultats des calculs faits sur les animaux de cette catégorie peuvent s'appliquer jusqu'à un certain point aux observations faites sur l'espèce humaine, puisque c'est ordinairement dans des circonstances semblables que sont mordues les personnes qui sont l'objet des observations rapportées par les médecins de l'homme.

» Voici, relativement aux faits de cette première série, les résultats de mes recherches sur l'espèce canine :

« Dans la période décennale de 1827 à 1837, sur 224 chiens amenés aux hôpitaux de l'École, après avoir été mordus dans les rues par des chiens enragés ou regardés comme tels, et qui y sont restés plus de quatre mois en observation sans avoir subi aucun traitement,

« 74 (le tiers à peu près) sont devenus enragés.

« 130 (les deux tiers) n'ont rien éprouvé.

« Mais on conçoit, au point de vue scientifique, que ces chiffres ne sauraient donner la mesure d'activité ou de puissance du virus rabique, en ce sens 1° que la certitude de l'existence de la rage sur les chiens qui ont mordu n'a pas toujours existé ; 2° que la trace des morsures n'a pas toujours été recherchée et reconnue sur tous les chiens déposés à l'École ; et que dès lors, il n'est pas démontré qu'ils aient été mordus ; 3° qu'ils ont pu être mordus dans des régions où l'abondance des poils aurait empêché la salive de pénétrer jusqu'à la plaie.

« C'est pourquoi, pour avoir sur ce point des éléments plus rigoureux, j'ai fait un relevé proportionnel semblable sur une seconde série de faits que je vais faire connaître, et dans lesquels ne se trouvent pas ces causes d'incertitude et d'erreur.

« Voici ce que j'ai constaté. Depuis 1830 jusqu'aujourd'hui, à des époques différentes et dans des vues diverses, tantôt j'ai fait mordre à plusieurs reprises par des chiens complétement enragés que j'avais sous les yeux, et sur des parties où la peau est fine et dépourvue de poils, des chiens ou des herbivores ; tantôt j'ai puisé dans la gueule de ces chiens enragés, au moment de leurs plus forts accès, une cer-

taine quantité de salive que j'ai inoculée sur plusieurs régions sous l'épiderme d'autres animaux.

« 99 individus (chiens, chevaux ou moutons), ont été ainsi mordus ou inoculés. Sur ce nombre, 67 sont devenus enragés ; les 32 autres, restés en observation pendant plus de cent jours, n'ont rien éprouvé.

« Ainsi, dans ce cas, où se sont trouvées réunies toutes les conditions favorables à la transmission, le nombre des individus mordus ou inoculés est à celui des individus qui ont contracté la rage : : 3 : 2, c'est-à-dire que les 2/3 des animaux soumis à des expériences sont devenus enragés, et que 1/3, sans avoir été soumis à aucun traitement ou régime préservatif quelconque, a échappé à la rage.

Dans le but de contrôler ces résultats, qui me paraissent d'un grand intérêt, j'ai consulté les professeurs de clinique des deux autres Écoles vétérinaires de France, pour connaître les remarques, observations ou expériences qu'ils auraient pu faire sur ce point ; et voici ce que j'ai appris :

« D'après des relevés faits sur les registres de l'École de Lyon, M. le professeur Rey a établi que la proportion des animaux mordus accidentellement dans les rues et mis en observation à l'École, est, par rapport à ceux qui deviennent enragés :

Pour les chiens : : 5 : 1.

Pour les chevaux : : 4 : 1.

« Pour les animaux qu'on a fait mordre expérimentalement ou qu'on a inoculés, le rapport est : : 3 : 2 ; semblable, conséquemment, pour les animaux de cette catégorie, à celui que j'ai constaté à Alfort.

« A l'École de Toulouse, M. le professeur Lafosse n'a pu me donner que le résultat de 16 observations ayant trait à des animaux mordus accidentellement, et sur lesquels les morsures avaient été bien constatées.

« Sur 16 animaux (chiens, bêtes bovines ou chevaux) qui ont été mordus, 5 seulement, un peu moins de 1/3 sont devenus enragés. Cette proportion est, comme on le voit, à peu près la même que celles constatées dans les mêmes circonstances à Lyon et à Alfort.

« Voici maintenant ce qui a été observé à la clinique de l'École vétérinaire de Berlin par le savant professeur Hertwig :

« Sur 137 chiens mordus dans les rues de la ville et amenés aux hôpitaux de l'École, de 1823 à 1827, pour y être mis en surveillance, 16 seulement sont devenus enragés, 121 n'ont rien éprouvé ; c'est-à-dire que le nombre des chiens qui sont devenus enragés a été avec le nombre de ceux qui ont été mordus, à peu près dans le rapport de 8 à 1. Un 1/8e seulement a contracté la rage.

« Sur 25 chiens qu'il a fait mordre expérimentalement, ou qu'il a inoculés avec de la salive recueillie sur des chiens enragés pendant leurs accès, 10 sont devenus enragés, 15 n'ont éprouvé aucun accident.

« On voit que, à Berlin, le nombre des cas où la rage s'est développée dans l'une et l'autre catégorie, a été sensiblement moindre qu'à Alfort, Lyon et Toulouse. Peut-être, mais ce n'est là qu'une supposition que j'exprime, cette circonstance tient-elle à la différence des conditions climatériques ?

« Quoi qu'il en soit, il résulte évidemment de ces observations faites dans des lieux divers, par différents observateurs et à des époques qui ne sont pas les mêmes, que, à prendre les choses au pire, les 2/3 au moins des individus mordus accidentellement par des chiens de rue enragés, ou supposés enragés, échappent à la rage, même sans aucun traitement.

« Il en résulte également, toujours en prenant la proportion la plus forte parmi celles qui ont été constatées, que, dans les circonstances les plus favorables à la transmission, c'est-à-dire quand la salive de chiens manifestement enragés a été déposée par morsure à nu ou par ino-

culation, dans des plaies d'autres animaux, le tiers au moins de ces derniers abandonnés à eux-mêmes, ne contracte pas la maladie.

« Or, ce sont là des faits considérables pour l'étude de la rage, dans ses rapports surtout avec le point que nous examinons en ce moment.

« Toutefois, il ne faudrait pas croire que cette moyenne des résultats obtenus sur un grand nombre d'observations, se représenterait pour les conséquences qu'on serait appelé à constater des morsures de chaque chien enragé; car, et c'est là un fait que j'ai noté bien des fois, et dont je crois avoir trouvé la raison, il arrive souvent que tel chien bien évidemment enragé, mord un certain nombre d'autres animaux, ou fournit de la salive pour les inoculer; et que, sur le nombre, le 1/6 ou le 1/7 seulement contracte la rage: tandis que, à la suite de morsures ou inoculations de la salive de tel autre chien qui paraîtra dans les mêmes conditions maladives, morsures ou inoculations faites aux mêmes régions, presque tous les individus mordus ou inoculés (les 5/6 ou les 6/7, par exemple) deviendront enragés.

« Enfin, il me paraît utile de faire encore une remarque relativement aux circonstances qui influent sur le plus ou moins de danger de développement de la rage à la suite de morsures d'animaux enragés; c'est que, en général, il est reconnu que les morsures faites par les loups sont plus souvent suivies de la rage que celles faites par les chiens. Ainsi sur 254 personnes mordues par des loups, dont j'ai relevé avec soin les observations dans différents auteurs qui les ont consignées, 164, c'est-à-dire les deux tiers à peu près, seraient devenues enragées.

« Or, nous avons vu que, à la suite des morsures accidentelles faites par les chiens, cette proportion n'était que d'un tiers. Cela tiendrait-il à ce que, sur les loups, la rage serait souvent spontanée? Ou bien, ce qui est fort remarquable, à ce que ces animaux mordent presque toujours leurs victimes au visage, au cou ou sur la tête? Il est possible que ces deux circonstances influent sur le résultat que je viens de signaler.

« Que si, maintenant, nous nous servons des données qui précèdent pour apprécier la valeur, au point de vue de la prophylactique, des observations citées comme démontrant le mieux l'efficacité préservatrice du mercure, nous voyons:

« 1° Que le nombre de ces observations se trouve singulièrement réduit, si on en retranche toutes celles où l'existence de la rage n'a pas été suffisamment constatée sur les animaux qui ont fait les morsures, et celles où il est évident que du virus n'a pu être déposé dans les plaies des individus présentés comme préservés;

2° Qu'en admettant comme parfaitement vrai et exact le nombre des individus considérés comme préservés, après avoir été soumis au traitement mercuriel, on trouve que, dans celles de ces observations qui ont eu le plus de retentissement et qu'on a considérées comme les plus probantes, le chiffre des personnes préservées se trouve être précisément, avec celui des personnes mordues, dans le rapport de 2 à 3.

« En effet, à la suite du traitement de Senlis, qui a été tant célébré, sur 15 personnes mordues par un chien, 5 (le 1/3) sont mortes de la rage, et 10 ont été sauvées.

« La proportion des personnes préservées a encore été moins forte entre les mains de M. Blais, qui, lui aussi, nous l'avons dit plus haut, a mis en usage le traitement de De Lassone, qu'on avait employé à Senlis. Sur 11 personnes qu'il a traitées, 5 sont mortes de la rage; 6 seulement en ont été préservées. Je cite ces deux observations, parce que ce sont celles qui ont été recueillies avec le plus d'authenticité, qui ont le plus occupé les médecins et le public de l'époque, et qu'on a invoquées comme un argument principal et décisif

dans tous les ouvrages où l'on a préconisé la vertu préservatrice des frictions mercurielles.

« Or, que prouvent-elles, sinon que, dans ces résultats de Senlis et de Cluny, présentés comme si heureux et si favorables au traitement mercuriel, le chiffre des préservations a été, à Senlis, exactement le même que celui qui se produit quand les individus mordus ne sont soumis à aucun traitement ; et que, à Cluny, la proportion de ceux devenus enragés, a été de beaucoup plus forte ?

« Mais, continue M. le rapporteur, pour qu'on fût fondé à reporter au mercure les bons effets, si bons effets il y a, des traitements mercuriels dont nous avons parlé, il faudrait que, dans ces traitements, on n'eût jamais associé à ce médicament, ou employé en même temps que lui, d'autres moyens qui, eux aussi, sont considérés par beaucoup de praticiens comme préservatifs de la rage.

« Or, il est peu d'observations, parmi toutes celles invoquées en faveur des frictions mercurielles, dans lesquelles il ne soit dit que, avant de les employer, on a *lotionné*, fait *saigner* plus abondamment, ou même, et surtout, *cautérisé* les plaies ; où il ne soit dit aussi, qu'en même temps qu'on frictionnait le malade avec de l'onguent mercuriel, on entretenait la *suppuration* sur les plaies au moyen de vésicans plus ou moins énergiques, et on lui administrait soit du *camphre*, soit de l'*opium*, soit du *musc*, soit des *purgatifs*, etc....

« Dès lors, pourquoi attribuerait-on l'effet préservatif aux frictions plutôt qu'à tel ou tel des autres moyens employés ? Est-ce que, notamment, les scarifications des plaies avec ou sans aspiration du sang par des ventouses ; est-ce que leur longue suppuration ; est-ce que certaines poudres vésicantes comme celles de cantharides ; est-ce que le musc, le camphre ; est-ce que la méthode purgative, n'ont pas été tour à tour vantés comme suffisant seuls à prévenir la rage ? Est-ce que la cautérisation n'a pas, à toutes les époques, dans l'opinion du plus grand nombre des praticiens, depuis Galien et tous les médecins grecs, jusqu'à nos jours, été considérée comme le préservatif par excellence ?

« Que reste-t-il donc, après ces considérations, de tout ce qui a été dit et écrit de l'évidence, et en quelque sorte de la spécificité d'action préservatrice qu'exerceraient les frictions mercurielles dans les cas de morsures par des animaux enragés ? On le voit, rien ou bien peu de chose.

« Est-ce à dire que nous veuillions nier absolument que le mercure puisse être utilement employé soit seul, soit associé à d'autres moyens de traitement dans ces graves occurrences ? Telle n'est pas assurément notre pensée et tel n'a pas été notre but. Nous ne nous sommes proposé qu'une chose dans cette discussion : c'est d'établir qu'il est loin d'être aussi rigoureusement démontré qu'on l'a prétendu, que les frictions mercurielles aient, dans l'espèce, une vertu particulière de préservation contre le virus rabique inoculé. »

SUR LES ÉRYSIPÈLES DES TYPHISÉS ET DES VIEILLARDS AU POINT DE VUE DE LEUR CAUSE, *et des moyens d'en prévenir le développement ;* par M. HÉLIN.

On observe souvent, chez les jeunes sujets typhisés, la miliaire à la face et plus rarement au cou pendant le premier septénaire ; on la voit souvent aussi se prolonger bien avant dans le second. L'objet de la note de M. Helin n'est point de s'occuper de cette éruption, mais d'un érythème de la face, du cou et du haut du sternum, qui aurait bien les caractères de l'érysipèle, si ce n'est qu'on l'observe rarement passant à l'état vésiculeux ; l'état d'énervation des sujets atteints semble empêcher son développement.

Cet érythème survient constamment, selon M. Helin, pendant le second et le troisième septénaires ; il ne se montre

point sous la forme d'une inflammation franche ; il est toujours d'un rouge inclinant vers le livide.

Est-ce là un pur symptôme de la maladie typhoïde, ou bien la suite nécessaire de quelque complication ? C'est la question assez importante que l'auteur cherche à élucider.

« Je ne considère, dit-il, les symptômes érysipélateux des typhisés que comme secondaires d'une affection symptomatique, c'est-à-dire secondaires de la rétention d'urine. Voici pourquoi :

« 1° Parce que j'ai constamment observé chez ces malades que la rétention d'urine précédait l'érythème de la face, du cou ou du haut du sternum (on voit que j'exclus la miliaire) ;

« 2° Parce qu'on n'observe jamais l'érythème avant la fin du premier septénaire ;

« 3° Parce que quand la vessie est largement distendue, c'est-à-dire quand le sujet n'urine plus que par regorgement, l'absorption de l'urine se fait d'une manière large et très-active avec tous ses principes délétères ;

« 4° Parce que j'ai connu un vieillard n'urinant plus que par regorgement depuis plus de cinq ans, qui éprouvait trois et quatre érysipèles de la face chaque année, quoiqu'il n'eût jamais été sujet antérieurement à la rétention urinaire. Ce ne fut que lorsqu'il me demanda si l'érysipèle du scrotum, dont il était atteint pour ainsi dire d'une manière permanente, et qui était occasionné par les quelques gouttes de son urine qui mouillaient sa chemise sur la fin de chacune des fréquentes émissions auxquelles il devait se livrer, n'avait pas quelques connexions avec son érysipèle de la face. A cette demande, je fus sur la voie de la cause de ces deux phlegmasies cutanées, savoir : celle du scrotum et celle de la face. J'eus recours au cathétérisme ; la sonde fut laissée à demeure pendant un mois ; le fils du patient apprit à le sonder : le malade ne guérit point seulement des maladies des voies urinaires ; mais j'eus encore le plaisir de ne plus voir reparaître l'érysipèle de la face pendant plus de quatre ans que vécut encore cet octogénaire. Cependant la dermatose du scrotum, qui était, à la vérité, considérablement diminuée, n'était pas entièrement disparue ; elle était entretenue par l'urine qui souillait le linge de corps à la fin de chaque miction ; les organes expulseurs de ce fluide étant excessivement affaiblis chez ce sujet, comme on le rencontre chez presque tous les vieillards, ne pouvaient expulser complétement les dernières gouttes d'urine, ce qui entretenait ainsi l'érythème scrotal, sans ramener l'érysipèle de la face. »

De ce qui précède, M. Hélin conclut que l'érythème ou l'érysipèle des typhisés est fréquemment, sinon toujours, l'effet de la rétention urinaire. A ce point de vue, une algalie placée à demeure dans la vessie, et débouchant dans un urinal, peut amener les plus heureux résultats ; et M. Hélin n'hésite pas à professer que « prévenir les souffrances vésicales vers la fin du premier septénaire, selon la marche de la maladie, par la sonde à demeure, c'est, sinon annihiler, du moins diminuer la gravité des affections typhoïdes. »

De même, il pense que l'érysipèle des vieillards est très-souvent dû à la rétention d'urine, si commune chez eux, et qu'on peut en prévenir le retour en favorisant l'émission de l'urine. Il n'est pas besoin de faire ressortir l'importance de ces vues, si l'expérience ultérieure venait les confirmer, et combien la pratique aurait à gagner à leur application.

(*Journ. de Méd. de Bruxelles.*)

DE LA CAUTÉRISATION DE L'ISTHME DU GOSIER *et de l'orifice supérieur du larynx dans la coqueluche ;* par M. JOUBERT, *de Chinon.*

Partant de cette idée que les quintes ou accès de coqueluche sont toujours sous la dépendance du produit des sécré-

tions des voies aériennes, et que, en modifiant cette sécrétion, on parviendrait peut-être à faire disparaître la toux convulsive, M. Joubert s'est décidé à faire usage des cautérisations de l'isthme du gosier et des lèvres de la glotte avec le nitrate d'argent. Sur 109 malades, 11 ont été traités par les boissons émollientes seulement, ou par les vomitifs (sirop d'ipécacuanha), et par les stupéfiants (poudre de racine de belladone). La durée moyenne a été de quarante-cinq jours. Tous les autres malades ont été soumis aux cautérisations avec la solution du nitrate d'argent; cette solution a été employée à 4 degrés différents, depuis 1 gramme jusqu'à 4 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée. M. Joubert désigne ces degrés différents, par les numéros 1, 2, 3, 4. La quantité de mucus présent dans le larynx ou la trachée au moment de la cautérisation (et l'on apprécie cette quantité de mucus par l'intensité plus ou moins grande des râles) détermine le degré de concentration de la solution. En effet, au moment où ce liquide est déposé à l'orifice du larynx, une portion plus ou moins grande de nitrate d'argent est décomposée, suivant que le mucus qui est dans le larynx est plus ou moins abondant.

L'instrument dont se sert M. Joubert est un morceau de baleine, de 20 centimètres environ de longueur et de 5 à 6 millimètres de diamètre, recourbé à une de ses extrémités en forme de sonde. Il donne cette courbure au morceau de baleine, en le plongeant dans l'eau bouillante ; il devient alors plus flexible, perd son élasticité, et conserve, en refroidissant, la courbure qu'on lui a donnée. A l'extrémité recourbée de cette baleine, il fixe solidement une éponge de forme olivaire, de la grosseur d'une aveline à peu près. Il imbibe cette éponge d'une quantité de solution aussi grande que possible, de manière que la moindre pression exercée sur cette éponge fasse écouler plusieurs gouttes du liquide. Avec le manche d'une cuiller d'argent, tenue de la main gauche, il abaisse fortement la base de la langue. Au moment de l'application du manche de la cuiller sur la langue, l'enfant fait ordinairement un haut-le-corps, par lequel le larynx est porté en haut et en avant ; l'épiglotte se trouve dans ce moment repoussée en arrière par le tissu adipeux qui recouvre sa face antérieure, et ferme alors l'orifice supérieur du larynx. Il faut attendre, pour porter l'éponge sur ce point, que le larynx soit redescendu et que l'épiglotte se soit relevée. Le besoin de respirer ou les cris ne tardent pas à produire ce mouvement. Il faut saisir cet instant où l'orifice du larynx se trouve béant, pour y porter rapidement l'éponge imbibée de la liqueur caustique. Par un léger mouvement d'élévation de la partie de la baleine qui se trouve au dehors de la bouche du malade, on imprime un mouvement de bascule à l'extrémité portant l'éponge, et celle-ci pénètre jusqu'à la glotte; puis, par une légère pression contre les parois du larynx, on exprime plusieurs gouttes du caustique, qui, entraînées par leur poids et par la longue inspiration qui suit cette manœuvre, descendent au-dessous de la glotte, et pénètrent plus ou moins dans les voies aériennes.

Lorsque l'enfant vient de manger, ou lorsqu'il a mangé depuis assez peu de temps pour que l'estomac contienne encore des aliments, alors immédiatement des vomissements surviennent. Dans le cas contraire, il n'y a pas de vomissement; une quinte ou un accès de toux survient avec des caractères différents suivant la différence des quintes, leur intensité, le temps qui s'est écoulé depuis qu'un accès de toux a eu lieu, et surtout suivant l'époque de la seconde période à laquelle on se trouve. Ainsi, si le malade se trouve dans les deux premiers jours de la seconde période de la coqueluche, à cette époque où la toux conserve encore, dans la plupart des quintes, le caractère de la toux catarrhale, le plus souvent la toux qui suit la

cautérisation est purement catarrhale, surtout si peu de temps s'est écoulé depuis qu'une quinte convulsive s'est produite. Il n'y a pas non plus alors, dans la plupart des cas, d'expectoration ; un mouvement de déglutition entraîne vers l'estomac le produit de la sécrétion. Si, au contraire, on se trouve dans une période plus avancée de la coqueluche, si le malade n'a pas eu de quinte depuis longtemps, et que, à l'auscultation, on entende des râles muqueux, alors une quinte ou un accès de toux convulsive suit immédiatement l'application du caustique, et est terminé par l'expuition d'un liquide blanc-laiteux, coloration due à la décomposition du nitrate en chlorure. Chez un malade au summum d'intensité de la coqueluche, chaque cautérisation provoque infailliblement une quinte ou un accès spasmodique.

« Dans quatre-vingt-dix-huit cas, dit M. Joubert, j'ai employé la cautérisation par la solution de nitrate d'argent. Mais, de ces quatre-vingt-dix-huit cas, j'en éliminerai trente, comme ne pouvant fournir aucune donnée sur la valeur de cette médication. En effet, dans ces trente cas, la cautérisation n'a été faite qu'une ou deux fois, les malades ne s'étant pas présentés chez moi. Afin de mieux apprécier l'effet de ce traitement aux différentes époques de la coqueluche, je diviserai les soixante-huit observations qui me restent en trois séries : la première série comprendra les cas dans lesquels cette médication a été commencée dans les deux premiers jours de la seconde période de la coqueluche ; la seconde série, ceux dans lesquels elle a été commencée du deuxième au huitième jour de cette seconde période ; et enfin la troisième série, les cas dans lesquels la cautérisation n'a été commencée que du huitième au quinzième jour de cette seconde période. Comme on le voit, la cautérisation n'a jamais été pratiquée avant la seconde période de la coqueluche ; c'est-à-dire avant l'apparition de la toux convulsive caractéristique. »

La première série comprend quarante cas, ainsi classés : le premier chiffre comprend le nombre des guérisons ; le second, celui des cautérisations ; le troisième, le nombre des jours qu'a duré la deuxième période de la coqueluche :

Guérisons.	Cautérisations.	Durée de la 2e période.
17	3 à 7	4 à 8 jours.
8	7 à 18	8 à 15 —
12	13 à 24	15 à 28 —

Dans 3 cas seulement, les cautérisations n'ont produit aucun effet sur la marche, la durée, l'intensité de la maladie. Ainsi, sur ces quarante cas composant la première série, nous comptons 37 guérisons. Le nombre des cautérisations a varié de 3 à 24 ; leur nombre moyen a été de 8,7/20. La durée de la seconde période a varié de 4 à 28 jours ; sa durée moyenne a été de 9,33/40 jours. Sur ces 37 guérisons, nous comptons 5 récidives. Un de ces derniers malades a succombé.

La seconde série comprend seize cas, classés dan les tableau suivant :

Guérisons.	Cautérisations.	Durée de la 2e période.
8	3 à 8	8 à 14 jours.
4	8 à 15	15 à 21 —
3	15 à 21	18 à 29 —

Dans 1 cas seulement, les cautérisations ont complétement échoué ; la maladie n'en ayant pas moins suivi son cours avec toute son intensité. Sur 16 cas, composant la seconde série, nous comptons donc 15 guérisons. Le nombre des cautérisations a varié de 3 à 21 ; leur nombre moyen a été de 8 13/16 ; la durée de la seconde période a varié, à partir du jour de son début, de 8 à 29 jours ; sa durée moyenne a été de 15 jours. Sur ces 15 guérisons, il y a eu une récidive, à laquelle le petit malade a succombé.

La troisième série comprend douze cas :

Guérisons.	Cautérisations.	Durée de la 2e période.
4	3 à 7	13 à 21 jours.
5	8 à 12	18 à 25 —

Dans les trois cas restants, la maladie a paru s'amender, sous l'influence des

cautérisations; mais la durée de cette seconde période ayant été de plus de 30 jours, je ne puis donner ces 5 cas que comme des échecs pour la cautérisation. Sur ces 12 cas, composant la troisième série, nous comptons donc 9 guérisons. Le nombre des cautérisations a varié de 3 à 12; leur nombre moyen a été de 7 1/4. La durée de la deuxième période a varié, à partir de son début, de 18 à 25 jours; sa durée moyenne a été de 21 1/6 jours. Sur ces 9 guérisons, il y a eu une récidive.

De l'ensemble de ces observations, il résulte que, dans quarante cas, l'emploi des cautérisations a produit une guérison rapide; dans vingt-un cas, une diminution très-évidente dans l'intensité des symptômes et la durée de la maladie; et que dans huit cas seulement, cette médication est demeurée sans effet. Sur ces quarante cas de guérison, il y a eu sept récidives. C'est du cinquième au douzième jour de la deuxième période que l'emploi du nitrate d'argent a modifié le plus lentement l'intensité et la marche de la maladie.

(*Soc. méd. d'Indre-et-Loire.*)

TRAITEMENT DU CROUP PAR L'EAU FROIDE.

Le docteur Hauner, médecin de l'hôpital des Enfants à Munich, ayant vu presque constamment échouer contre le véritable croup les sangsues, l'émétique, le calomel et l'onguent napolitain, a eu recours, depuis quelque temps, à l'emploi de l'eau froide. Les deux observations qui suivent donneront une idée suffisante de cette méthode de traitement.

Obs. I. — Chez une petite fille de quatre ans, affectée du véritable croup, on fit, toutes les trois heures, des affusions d'eau froide sur le cou, le dos et la poitrine, et on enveloppa, pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure, la petite malade dans des draps humides, froids, fortement tendus; puis l'enfant fut couchée dans une grande couverture de laine. Toutes les demi-heures on lui mettait sur le cou des linges imbibés d'eau glacée, qu'on recouvrait d'un autre linge large et sec. Au bout de douze heures, il y avait déjà une amélioration très-sensible : la toux était plus grasse; l'enfant rendait des fragments de membranes par l'expectoration et par les selles. A l'intérieur, on lui donnait tantôt de l'eau tiède, tantôt de l'eau fraîche. On lui administrait deux lavements par jour. L'enfant a guéri, mais elle a gardé longtemps de l'enrouement.

Obs. II. — Un petit garçon de deux ans et demi, de constitution très-forte, fut pris rapidement du croup. On lui appliqua aussitôt quatre sangsues au cou, et immédiatement après leur chute, on entoura le cou d'une cravate trempée dans de l'eau glacée, qu'on recouvrait ensuite d'un autre linge large et sec. Cet appareil était renouvelé toutes les demi-heures. Au bout de douze heures, l'enfant se trouvait hors de danger. On continua néanmoins les fomentations froides pendant deux jours.

(*Journal für die Kinderkrankreiten.*)

ESSAI DE LA VIANDE CRUE CONTRE LA DIARRHÉE DES JEUNES ENFANTS; *par* M. TROUSSEAU.

Nous avons reproduit il y a bientôt cinq ans (*Revue médico-chir.*, t. II, p. 101), le mode de traitement adopté par M. Weisse, médecin en chef de l'hôpital des Enfants de Saint-Pétersbourg contre la diarrhée des enfants en sevrage. Malgré les bons résultats obtenus à l'aide de cette pratique, elle n'avait pas séduit les médecins de l'occident, et nous ne sachions pas que personne à Paris l'ait mise en usage. Récemment toutefois M. Trousseau y a eu recours avec succès chez un jeune garçon de 3 ans. Le fait est raconté en peu de mots par le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;* avec assez de détails cependant pour exciter l'attention des praticiens.

L'enfant en question avait depuis six mois une diarrhée contre laquelle on avait inutilement mis en usage les mé-

dications les plus variées. On lui donna de la viande crue hachée finement, et presque aussitôt son état s'est amélioré. Ainsi, dès le lendemain, le nombre des garde-robes pendant les vingt-quatre heures est tombé de dix-sept à trois, le surlendemain à deux, puis à une; il est resté ensuite deux jours sans aller à la selle; enfin on a vu cet enfant pâle, étiolé, affaibli, devenir rose et resplendissant de santé en moins de quinze jours.

La dose de viande prescrite chaque matin a d'abord été de 125 grammes, puis de 200 grammes. On la salait, et loin de manifester la moindre répugnance pour un pareil mets, le petit malade le mangeait avec joie et avidité.

Chirurgie.

De l'efficacité curative contre le cancer d'une température très-basse ou anesthésique; *par* M. J. Arnolt.

L'auteur, qui a déjà étudié d'une manière générale l'influence de ce moyen énergique, relate dans cet article le résultat de ses recherches, spécialement sur le cancer. Comme il peut être instructif pour le praticien de connaître la manière dont il l'applique et le parti qu'il en tire dans les diverses variétés de l'affection, nous allons reproduire deux cas de cancer, l'un de l'utérus, l'autre du sein traités d'après ce procédé.

Obs. I. — Madame R..., entra au dispensaire de Brighton, le 25 juillet 1849. Agée de 42 ans, elle est petite et de faible constitution. Sa maladie remonte à plus de dix-huit mois. Ses principaux symptômes sont de fréquents et pénibles paroxysmes de douleurs, surtout dans les reins et les hanches, un écoulement âcre et abondant, et des métrorrhagies à intervalles irréguliers. A l'exploration, le col utérin paraît engorgé et ulcéré.

Depuis six mois, on l'a traitée par l'opium et les applications de sangsues; mais elle trouve que cela la rend assoupie et incapable de continuer son métier de couturière. D'ailleurs les douleurs conservent assez d'intensité pour l'obliger parfois à quitter son lit et à se rouler sur le plancher.

Au mois de janvier 1850, M. Arnolt examina de nouveau les parties. La maladie s'est considérablement étendue; le col utérin est à présent complétement détruit, et il y a plusieurs excroissances à la partie supérieure du vagin. On se décide à employer la congélation au moyen d'un mélange frigorifique composé de deux parties de glace finement pulvérisée, et d'une partie de chlorure de sodium. Le mélange est introduit à travers un large spéculum de gutta percha terminé par un orifice cupuliforme; et afin de le maintenir toujours au même degré de température, la glace fondue est incessamment enlevée par un siphon de construction particulière, dont la longue branche se termine dans un flacon à double tubulure. Le reste du siphon est formé par un tube en caoutchouc vulcanisé, et en verre ponr la partie contenue dans le spéculum.

Aussitôt après l'application de ce mélange, la malade ressentit un soulagement complet, et il continua pendant près d'une semaine. L'écoulement était devenu en peu de temps moins acre et moins abondant, et la tendance aux hémorragies avait cessé.

Actuellement on a réitéré ces applications vingt ou trente fois sans faire presque aucun autre remède. Les symptômes pénibles ont considérablement diminué; et l'inspection directe montre que l'altération locale n'a pas fait de progrès. La malade a de l'appétit; elle est plus forte et peut s'occuper de ses affaires.

La patiente s'introduit elle-même le spéculum, en ayant soin de tenir le bas-

sin élevé, afin que l'instrument puisse contenir une plus grande quantité du mélange réfrigérant. Elle le garde pendant un laps de temps qui varie d'un quart d'heure à une demi-heure. Il se produit d'abord une sensation de cuisson durant une ou deux minutes; mais au bout de cinq minutes, la douleur provenant de la maladie a ordinairement disparu.

Examinée après qu'on a enlevé le mélange, la surface utérine paraît blanche et dure. On termine la séance en projetant de l'eau froide sur le col; ce qui remplit le double but de ramener graduellement les parties à leur température ordinaire, et de les débarrasser des particules de sel qui pourraient y être restées adhérentes.

Ce cas jusqu'ici est unique; mais si l'on considère que le soulagement des douleurs a toujours été obtenu par ces applications depuis huit mois qu'on les a commencées, et que, en outre, elles ont enrayé les progrès de la désorganisation, on n'hésitera pas à le regarder comme suffisamment probant en faveur de la médication réfrigérante employée contre le cancer utérin, du moins sous le rapport palliatif.

Le cancer pourrait-il être guéri par la congélation? Peut-être y parviendrait-on en prolongeant les séances et en les rendant plus fréquentes, ou même en employant des agents, tels que l'acide carbonique solidifié, capables de produire un abaissement plus considérable de température. Le froid, dit-on, agirait en retardant le développement des cellules cancéreuses, en mettant obstacle aux conditions nécessaires à leur vitalité propre. En admettant même cette hypothèse qui nous paraît fort hasardée, le froid ne détruirait pas encore les cellules produites, ni surtout la prédisposition à les produire. Toutefois, nous n'entendons décourager personne.

Comme exemple de l'application du froid à l'extérieur, l'observation qui suit remplira le même but instructif que la première.

Obs. II. — M. Pocock avait depuis longtemps une tumeur cancéreuse du sein, ulcérée, qui la faisait beaucoup souffrir. On mit environ une livre de glace dans une serviette, et on la pulvérisa avec un marteau, puis on la plaça dans un vase ainsi qu'une demi-livre de sel commun. Ce mélange, introduit dans un petit réseau de gaze, fut appliqué immédiatement sur le sein malade dans un espace de 4 pouces de diamètre. A mesure que de l'eau en découlait, on l'absorbait à l'aide d'une éponge humectée, placée dessous, et l'on enlevait de temps en temps le récipient pour examiner la partie malade, aussi bien que pour remuer le mélange. La peau devint blanche en quelques secondes, et on ne continua l'application que durant trois miuutes. Il y eut une sensation de piqûre pendant la première moitié de temps que dura l'application du mélange, et cette sensation se reproduisit après qu'on l'eut enlevé, quoiqu'on eût eu la précaution de couvrir ensuite la partie d'abord de glace sans sel, puis d'un linge mouillé d'eau froide.

Cette application avait été faite le 22 juin. On ne revit la malade que le 6 juillet. Elle n'avait depuis lors éprouvé aucune douleur. L'ulcère était devenu net et d'un bon aspect, quoiqu'on n'y eût mis que le pansement à l'eau, ordinairement employé. Il n'y avait pas eu besoin de recourir de nouveau à l'administration de la morphine, dont elle faisait usage depuis longtemps.

Dans les maladies de cette espèce, il serait peu convenable d'attendre le retour des douleurs pour réitérer la médication *par congélation*. En effet, l'affection peut marcher sans nécessairement s'accompagner de souffrances. Et, d'autre part, la congélation n'a pas moins pour objet d'arrêter les progrès du mal que d'apaiser les douleurs qu'il engendre.

Pour l'application exacte du mélange frigorifique, il faut que la surface malade

soit dans une situation horizontale ; si elle est ulcérée, on étend sur elle un linge très-fin, pour empêcher que l'action du sel ne produise de l'irritation avant qu'on ait obtenu l'anesthésie.

Enfin, on remarquera que cette médication ne met obstacle à l'emploi d'aucun autre remède, qu'il pourra devenir utile ou qu'on jugera prudent de mettre simultanément en usage.

(*The Lancet;* et *Gaz. médicale.*)

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES GANGLIONS ET DE L'HYGROMA ; par M. DECHANGE, *médecin militaire à Anvers.*

La note suivante, publiée par M. Dechange, n'a pas pour objet de préconiser un traitement nouveau, ni même d'établir entre les traitements connus une préférence bien décidée; mais en comparant les méthodes et les procédés qu'il a mis ou vu mettre en usage, il rapporte des faits utiles à connaître pour les praticiens. Nous lui laisserons ainsi exposer ces diverses méthodes.

« Une des plus simples, dit-il, est celle dont M. Marchal dit s'être servi avec avantage : elle consiste à frapper tous les jours la tumeur avec le manche d'une cuiller. Deux personnes auxquelles je conseillai ce moyen l'employèrent pendant plusieurs mois sans en retirer le moindre bénéfice. Plusieurs chirurgiens m'ont assuré qu'ils n'avaient pas été plus heureux dans leurs essais.

« La compression aidée de quelques applications résolutives, telles que la solution aqueuse d'hydrochlorate d'ammoniaque, constitue une excellente ressource thérapeutique qui m'a procuré, dans l'espace de vingt-sept jours, la guérison d'un hygroma pré-rotulien existant depuis onze mois.

« Les embrocations avec l'huile d'origan, recommandées par S. Cooper, ne m'ont jamais réussi.

« L'écrasement de la tumeur au moyen des deux pouces superposés, d'un cachet garni ou d'une pièce de monnaie coiffée d'un linge, permet assez souvent d'opérer la rupture du kyste et de répandre le liquide qu'il contient dans le tissu cellulaire ambiant où il est absorbé. Dans les cas heureux, il s'établit une inflammation adhésive des parois de la poche et la guérison a lieu; mais le plus souvent la déchirure se cicatrise et le kyste se remplit de nouveau. Ce mode de traitement est généralement inoffensif ; cependant, comme il n'est pas toujours possible de rompre les enveloppes de la tumeur par les moyens ordinaires, il faut bien se garder de recourir à l'étau dans lequel on a proposé d'enfermer le membre du patient, et si l'on est décidé à agir, on peut employer l'incision simple et vider le kyste, ou faire l'incision sous-cutanée d'après le procédé de Barthélemy, qui consiste à fendre, sous la peau, le kyste dans toute sa longueur.

« Ces derniers moyens ne sont pas exempts de danger. Un homme, qui portait sur le dos du poignet un ganglion du volume d'une noisette, fut opéré à l'hôpital d'Anvers par un de nos plus habiles collègues. Malgré l'ouverture de la tumeur par la méthode sous-cutanée, des accidents graves se manifestèrent, des abcès nombreux envahirent la région du poignet et de l'avant-bras ; une suppuration ichoreuse s'écoulait par les contre-ouvertures multipliées pour lui livrer passage; des symptômes du plus mauvais caractère semblaient préluder à l'infection purulente et, pendant quelques jours, on craignit d'être forcé de sacrifier le membre pour sauver le malade des suites d'une opération dont rien n'avait pu faire prévoir le triste résultat. On s'estima heureux de lui conserver un poignet à demi ankylosé, avec rigidité de tous les doigts, effet de l'adhérence de leurs tendons extenseurs.

« A ce fait, j'en joindrai un autre qui m'est propre. Un jeune homme me pressait vivement de le débarrasser d'un ganglion placé au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit. Les accidents dont j'avais été

maintes fois témoin, me portèrent à le dissuader de cette pensée; mais il insista et je finis par céder. Après avoir incisé et vidé cette petite collection qui avait le volume d'un fort pois, j'espérai que les irrigations continues d'eau froide amoindriraient les accidents inflammatoires, si elles ne les conjuraient pas complétement. Mon attente fut trompée: une inflammation violente surgit des parties intéressées et gagna la paume de la main; un phlegmon diffus envahit tout le bras, de nombreux foyers purulents furent ouverts et mirent longtemps à se cicatriser; la vie de l'opéré fut plusieurs jours en péril, et le résultat définitif de l'opération fut de substituer à la gêne supportable que causait naguère le ganglion, la rigidité du pouce dont les mouvements furent perdus sans retour. J'ai vu M. Gerdy opérer avec succès, par incision, deux hygromas pré-rotuliens; mais je me rappelle, en revanche, qu'un militaire atteint de la même affection et traité par la même méthode, eut la cuisse amputée à la suite des désordres qu'entraîna cette petite opération.

« La ponction suivie de l'injection iodée a été appliquée avec succès au traitement de l'hygroma, surtout lorsqu'il s'était développé au genou; mais on doit la repousser comme dangereuse, si on a affaire à une hydropisie diffuse des gaînes tendineuses. Les auteurs n'ont pas assez insisté sur ce point de thérapeutique chirurgicale, et ils ont assigné le même procédé curatif à l'hygroma et au ganglion, qui diffèrent surtout par le siége qu'ils occupent. A. Bérard, qui a expérimenté les injections iodées, à la Pitié, ne les regarde pas comme infaillibles; et je les ai vues deux fois échouer entre les mains du professeur De Lavacherie, de Liége. Quoi qu'il en soit, ce moyen est de beaucoup préférable au séton, dont on ne peut jamais prévoir l'effet; tantôt il séjourne impunément dans le kyste sans exciter la vitalité de ses parois, tantôt il occasionne une inflammation exagérée. M. Ollivier, d'Angers, l'a vu déterminer la dégénérescence cancéreuse de la poche et des tissus avoisinants.

« En 1838, je débarrassai un matelot d'un ganglion situé au-devant du tendon fléchisseur de l'indicateur de la main gauche, et qui en paralysait les mouvements par son volume qui était celui d'une grosse noix. Je me servis de potasse caustique pour ouvrir le kyste, et la guérison radicale fut obtenue le dix-neuvième jour. Depuis lors, je n'ai pas eu occasion d'expérimenter ce moyen, le regardant d'ailleurs comme d'un emploi moins rassurant que les injections iodées.

« L'extirpation des kystes séro-muqueux est de toutes les ressources la plus positive, et même la seule qui éloigne toute chance de récidive. Malheureusement, elle répugne aux malades et présente quelquefois de grandes difficultés d'exécution. Quoique M. Velpeau soit porté à croire qu'on a exagéré ses dangers, il est vrai de dire qu'elle expose à ouvrir les synoviales, les capsules articulaires, et favorise la suppuration qui trouve accès, par le fait même de l'opération, dans l'intérieur des articulations. L'extirpation ne doit être mise en usage, suivant M. J. Cloquet, que lorsque les parois de la poche sont épaissies, fibreuses ou crétacées. Il conseille de laisser suppurer la plaie et de se contenter de la réunion par adhésion secondaire.

« Après ce rapide exposé des principales méthodes curatives applicables au ganglion et à l'hygroma, après avoir démontré, par quelques faits qui se sont passés sous mes yeux, combien ces affections, en apparence légères, causent parfois d'inquiétude au chirurgien, il me reste à poser le précepte de ne les attaquer par l'instrument tranchant que comme ressource dernière, et lorsqu'on a la conscience que le malade court moins de risques en acceptant l'opération qu'en gardant la maladie qui la nécessite. »

(*Archives belges de méd. militaire.*)

NOUVEAU PROCÉDÉ DE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA PORTION ALVÉOLAIRE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; *par* M. ROBERT, *chirurgien de l'hôpital Beaujon.*

Nos traités de chirurgie les plus modernes, en décrivant les fractures du maxillaire inférieur, font à peine mention de celles du bord alvéolaire de cet os. M. Malgaigne, dans son savant traité des fractures, se borne à en indiquer la possibilité. Dans quelques ouvrages consacrés à la chirurgie dentaire, et en particulier dans celui de Gariot, il est dit que des tentatives faites pour extraire des dents barrées ou adhérentes ont quelquefois causé des lésions très-étendues de cette nature, mais il n'est donné aucun détail sur le traitement qu'elles ont nécessité.

Cependant ce point de pratique chirurgicale est intéressant à étudier; car, indépendamment de la lésion du tissu osseux, dont il importe d'apprécier les conséquences possibles, il reste encore à connaître l'influence de cette lésion sur les dents elles-mêmes. En effet, la fracture du bord alvéolaire ne peut avoir lieu sans que les vaisseaux et les nerfs, destinés aux dents que le fragment supporte, soient déchirés. Dès lors ces ostéides ne vivent plus que par leurs connexions avec le périoste alvéolo-dentaire. Il est difficile de dire si, dans ces conditions nouvelles, ils ne doivent pas finir tôt ou tard par se séparer de l'os et tomber. A ce titre, ainsi que par le procédé nouveau que j'ai dû mettre en usage, le fait suivant m'a paru digne d'être communiqué à la Société de chirurgie.

Une voiturier âgé de 44 ans, d'une constitution athlétique, est renversé dans une rixe et reçoit plusieurs coups de pied sur la figure. Relevé sans connaissance, il est immédiatement conduit à l'hôpital Beaujon. Le lendemain à la visite, je constatai un gonflement considérable de la partie inférieure du visage. Au-dessus du menton existaient deux plaies contuses, dont une, à concavité supérieure, paraissait évidemment due à un coup de talon de botte. Ce qui fixa plus spécialement mon attention, ce fut une fracture transversale du bord alvéolaire de la mâchoire inférieure, de l'étendue de quatre travers de doigt environ. Le fragment détaché de l'os était lui-même divisé en deux portions; l'une, plus volumineuse, supportait les quatre dents incisives et la canine gauche; l'autre, placé à gauche de celui-ci, supportait la première petite molaire, l'espace destiné à la seconde, qui manquait depuis plusieurs années, et enfin la première grosse molaire. Ces deux fragments très-mobiles ne tenaient au corps de l'os que par l'intermédiaire de la muqueuse gengivale déchirée en quelques points. Ainsi, il existait une fracture du bord alvéolaire répondant à huit dents, et les fragments étaient tellement mobiles, qu'abandonnés à eux-mêmes, ils se fussent inévitablement détachés par la suppuration.

Pour obtenir la consolidation, il importait donc de maintenir les deux fragments parfaitement immobiles sur le corps de l'os; les vaisseaux qu'ils recevaient des gencives me paraissaient, du reste, suffisants pour fournir au travail de la formation du cal. Mais comment obtenir cette immobilité? Quelques auteurs, entre autres Gariot que j'ai cité, ont conseillé de fixer aux dents restées saines les dents adhérant au fragment osseux; mais ce moyen est évidemment insuffisant; il est même mauvais, en ce qu'il tend à détruire les connexions qui unissent encore les dents mobiles à ces fragments du maxillaire. Boyer conseille une gouttière de liége appliquée entre les dents supérieures et inférieures, et l'usage de la fronde, qu'il emploie dans les cas de fracture du corps de cet os; mais, pas plus que le précédent, ce moyen n'était applicable, car la fronde contient mal en général, à moins de la maintenir fortement serrée; et dans le cas auquel j'avais à parer, il fallait, pour obtenir la

coaptation de la fracture, agir directement sur les fragments.

Voici le procédé auquel je crus devoir recourir : une plaque de plomb de 1 millimètre d'épaisseur fut exactement moulée sur la forme et la direction du bord lingual de l'os maxillaire, dépassant en arrière les fragments osseux. Pour maintenir cette plaque en place, une aiguille armée d'un fil d'argent fut glissée le long de la face interne du maxillaire, et vint traverser le plancher buccal, puis fut abandonnée au dehors ; l'autre extrémité du fil, conduite par le même procédé sur la face externe de l'os, vint sortir à son tour par le même trou. Les deux bouts du fil ainsi amenés sous le menton, embrassant les fragments dans leur anse, furent fixés sur un petit rouleau de sparadrap, et serrés par torsion jusqu'à ce que la plaque se trouvât solidement fixée.

Les accidents produits par les plaies constatées des segments se dissipèrent sous l'influence d'une saignée du bras, et, chose remarquable, aucune trace d'inflammation ne survint sur le trajet de la suture métallique pendant toute la durée du traitement. Malgré sa présence, le malade put, au bout de quelques jours, manger sans éprouver de gêne. Le quarante-septième jour, on enleva le fil de la plaque ; la consolidation était parfaite : toutes les dents étaient solidement fixées dans leur alvéoles, à l'exception de la canine, qui, placée entre deux fragments, est restée mobile.

Ainsi, grâce à ce procédé, cet homme a pu obtenir la guérison régulière d'une lésion dont les suites les moins douteuses eussent été la perte de huit dents. Du reste, déjà M. Baudens, dans un cas de fracture très-oblique et difficile à contenir, a eu la pensée d'entourer et d'immobiliser les fragments à l'aide d'une ligature métallique. Le succès qu'il en a obtenu, joint à celui dont j'ai à me féliciter moi-même, est bien propre à rassurer sur les conséquences de ce puissant moyen de contention.

(*Bulletin de Thérapeutique.*)

DE LA LUXATION DES CARTILAGES THORACIQUES DANS LEUR ARTICULATION COSTALE ; *par* M. DE KIMPE.

A. Cooper dit que les cartilages costaux paraissent souvent luxés sur l'extrémité des côtes, et quelquefois sur le sternum. Les sixième, septième et huitième cartilages, selon lui, sont très-sujets à cette altération de forme, qui est le résultat d'une conformation vicieuse de la poitrine ; cependant, il admet qu'un cartilage soit séparé de l'extrémité antérieure de la côte par une violence extérieure. Le chirurgien anglais rapporte l'observation d'un individu qui eut toutes les côtes séparées de leurs cartilages, à la suite d'une forte pression du thorax. M. Bouisson, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier, a publié une observation de luxation du quatrième cartilage thoracique, dans son articulation costale. C'est à peu près là tout ce que possède la science sur cette espèce de déplacement, sauf, peut-être, une observation de Chaussier que M. De Kimpe n'a point connue. C'est ce qui donnera surtout de l'intérêt au fait suivant, que nous laisserons raconter à l'auteur.

OBS. — « M. F..., commis-voyageur, se rendait de Gand à Courtrai, au mois d'août 1846. Le cheval qu'il montait s'étant effrayé en passant près d'un moulin à vent, M. F... fut précipité de son cheval, et, dans cette chute, sa poitrine porta sur l'angle du sommet d'une borne kilométrique ; il ressentit dans cette région une douleur tellement violente, qu'il perdit immédiatement connaissance ; car il ne put nous donner aucun renseignement sur ce qui s'était passé. Transporté dans une maison voisine par des gens qui travaillaient à proximité, il ne reprit son entière connaissance qu'une demi-heure après.

« Lorsque j'arrivai près du blessé, une heure après l'accident, la face était pâle, le pouls quoique peu accéléré était ré-

sistant; la respiration, pénible, faisait éprouver de la douleur à la région correspondant à l'extrémité antérieure de la cinquième côte; il existait dans cette région une large ecchymose, au centre de laquelle je distinguai une légère excoriation correspondant à une saillie anormale. Le gonflement étant peu considérable, et ayant affaire à un sujet très-maigre, il me fut facile de constater une luxation du cartilage costo-sternal de la cinquième côte gauche, dans son articulation costale. L'extrémité du cartilage luxé était portée vers la partie interne du thorax, tandis que la côte correspondante chevauchait sur lui, et faisait une saillie assez prononcée sous les téguments, pour me permettre de constater que je n'avais pas affaire à une fracture de la côte; les deux fragments n'offraient pas d'inégalités, et celui qui adhérait au sternum avait la longueur du cartilage; ce dont je pus me convaincre en le comparant avec ceux de la quatrième et de la sixième côte.

« Les mouvements d'inspiration et d'expiration faisaient mouvoir les deux fragments, de manière à les mettre en rapport pendant une forte dilatation du thorax. Je profitai de cette circonstance pour fixer le cartilage, en serrant un bandage de corps que j'avais passé au préalable sous le malade et qu'un aide tenait tout prêt à être appliqué sur la région blessée. Je serrai fortement ce bandage pour empêcher le retour du déplacement, résultat que j'espérais obtenir en paralysant l'action des muscles inspirateurs. Je complétai ce mode de déligation par des tours de bandes amidonnées.

« La perte de connaissance, qui avait persisté quelque temps après l'accident, pouvant être attribuée à une compression du cœur, je me déterminai à pratiquer une saignée de douze onces. Dans la soirée, le pouls s'étant développé, en même temps qu'une réaction assez marquée, je pratiquai une seconde saignée de huit à dix onces. Le lendemain, l'état du malade était des plus satisfaisants; la nuit avait été très-calme. Douze jours après l'accident, l'appareil contentif étant un peu relâché, je me bornai à enlever la bande amidonnée, et à la remplacer par une autre plus serrée, que je laissai en place pendant trois semaines; ce temps passé, j'enlevai le bandage. A cette époque, M. F... n'éprouvait aucune gêne de la respiration, les parties luxées ne présentaient qu'une très-légère difformité, la coaptation du cartilage s'étant effectuée avec les deux tiers inférieurs de la facette articulaire de la côte.

« Je n'ignore pas, ajoute l'auteur, que l'on peut contester la luxation dont je viens de parler, et qu'il serait tout aussi facile d'admettre une fracture du cartilage, près de son point d'attache à la côte; mais la manière dont je me suis assuré de l'existence de la lésion que je viens de rapporter, ne me laisse aucun doute sur la réalité des luxations des cartilages thoraciques dans leur articulation costale. »

Nous n'oserions être aussi affirmatifs; et sans en nier la possibilité, le décollement réel du cartilage paraissant beaucoup plus difficile que sa fracture plus ou moins près de la côte, nous attendrons qu'il ait été démontré par l'autopsie pour en admettre la réalité.

(*Archiv. belges de méd. milit.*)

Obstétrique.

FORME PARTICULIÈRE DE THROMBUS SURVENANT PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT; *par* M. le docteur W.-F. MONTGOMERY.

Indépendamment de la tumeur sanguine que l'on observe parfois à la vulve et sur la tête de l'enfant, on trouve encore une troisième variété de thrombus qui ne manque pas d'intérêt, au point de vue pratique: il se fait, dans ce cas, un

épanchement sanguin dans le tissu de l'utérus, près du museau de tanche, et surtout dans la lèvre antérieure.

Voici dans quelles circonstances je l'ai observée pour la première fois.

Je fus appelé pour assister Mme S..., le 11 mars 1830, à 10 heures du matin. Elle avait eu d'un premier lit six enfants, dont le dernier n'avait que 5 ans. La nuit précédente, elle avait eu des selles liquides et une perte rouge.

A mon arrivée, le travail était déjà établi ; il y avait un peu d'hémorragie. La partie inférieure du col de la matrice, à droite, était saillante, épaisse, spongieuse, et ressemblait à un fragment de placenta ; le sang me parut s'écouler de ce point. La présentation de la tête était régulière, l'accouchement avançait, et comme la tête en descendant pressait de plus en plus sur cette tumeur spongieuse, celle-ci finit par se vider ; aussitôt l'hémorragie s'arrêta, et, vers midi et demi, Mme S..., mit au monde un enfant mâle, sain et vigoureux. Le placenta fut expulsé 10 minutes après. Le rétablissement fut prompt.

Le mari, qui est médecin, se trouva d'autant plus effrayé par l'hémorragie, que, après l'examen des parties, il crut que le placenta se trouvait au col. C'est alors que je fus appelé. J'examinai sa femme à mon tour, et je fus d'abord tout à fait de son avis, c'est-à-dire que je partageai ses craintes. Cependant, après une nouvelle exploration, je finis par mieux apprécier l'état des parties, et je m'assurai que la tumeur prise pour le placenta n'était pas seulement appliquée à la surface interne de la matrice, mais qu'elle faisait essentiellement partie de sa substance. Il était impossible de loger le bout du doigt entre la tumeur et le tissu utérin, et, par contre, on le passait aisément derrière ou tout autour.

Que ceux qui n'ont jamais vu cet état des parties veuillent bien ne pas perdre de vue que la ressemblance de cette tumeur avec le tissu placentaire est quelquefois assez parfaite pour induire en erreur un chirurgien inattentif.

Les circonstances dans lesquelles on rencontre cette disposition sont généralement les suivantes. Lorsque le col est plus d'à moitié dilaté, et que le liquide amniotique s'est déjà écoulé, on voit la lèvre antérieure se tuméfier, s'épaissir, faire saillie ; au lieu de céder sans effort à la pression de la tête, elle descend en même temps que l'extrémité céphalique qu'il est impossible, à ce moment, de lui faire dépasser à l'aide du doigt. Alors le travail, qui, au début, marchait rapidement, se prolonge pendant 2 ou 3 heures, quelquefois plus longtemps ; les douleurs deviennent plus intenses et plus longues. Plus tard, la tuméfaction finit par disparaître. Il s'écoule un peu de sang d'une couleur très-foncée, et la descente de la tête s'effectue rapidement.

Il n'y a pas longtemps que j'ai été à même de *voir* cette même modification pendant le travail. La malade avait déjà eu quatre enfants, et l'accouchement s'annonçait bien (10 octobre 1850). Les douleurs devinrent sérieuses après l'écoulement des eaux, mais elles diminuèrent sensiblement après la tuméfaction de la lèvre antérieure qui fut entraînée en bas avec la tête, et vint faire saillie sous l'arcade pubienne : elle était *d'une couleur pourpre foncé, comme celle de la gelée de groseilles.* Mais elle disparut bientôt. La malade perdit alors une ou deux onces de sang très-noir. Quelques minutes après, les douleurs devinrent expulsives, et l'accouchement fut bientôt terminé. Il n'y eut aucune suite fâcheuse.

D'après ma propre expérience, je serais en droit de conclure que l'on trouve, dans la pratique, deux sortes de thrombus, l'externe et l'interne, pouvant entraîner des accidents fâcheux, quoique non mortels. Mais plusieurs autres chirurgiens ont trouvé que la rupture de ces tumeurs sanguines a été quelquefois assez grave pour déterminer la mort Cela est bien connu pour le thrombus d'une des

grandes lèvres; voici une observation qui prouve qu'un thrombus de la substance du col utérin a été suivi de mort. Elle a été communiquée à la Société d'Obstétrique par le docteur Georges Johnston.

L'enfant se présentait par les fesses; l'accouchement se fit sans difficulté. Cinq jours après, l'utérus était parfaitement revenu sur lui-même, lorsqu'une hémorragie abondante se déclara tout à coup; et une heure et demie s'était à peine écoulée, que la malade était morte.

A l'autopsie, on découvrit dans la substance du col, près de l'orifice et à gauche, une cavité distincte, susceptible de contenir une petite orange, et dans laquelle s'abouchaient plusieurs vaisseaux sanguins.

Un examen attentif des parties ne me laissa aucun doute sur l'existence d'un thrombus, dont la cavité avait été remplie par un caillot; la couche mince du tissu de l'utérus, ou peut-être la muqueuse et le tissu aréolaire interposés entre la cavité du thrombus et celle de la matrice, s'étaient amincis peu à peu, avaient fini par se crever ou se gangréner et donner issue au coagulum. C'est alors que l'ouverture des vaisseaux dut entraîner une hémorragie si promptement mortelle.

N'y a-t-il point là un de ces accidents imprévus contre lesquels la prudence et le talent du praticien doivent rester souvent impuissants?...

J'ai vu, dans le courant de juillet dernier, un autre cas semblable.

Une dame fut atteinte d'une hémorragie considérable, immédiatement après la délivrance; et cependant l'utérus s'était *bien et fermement* contracté. Cette dame avait, aux membres inférieurs, des varices qui s'étendaient jusque dans le vagin.

Quand je la vis, elle était froide et sans pouls; depuis six heures et demi qu'avait cessé l'hémorragie, la radiale n'avait pas repris ses battements; et pendant une partie de ce temps les battements du cœur n'avaient pas été appréciables. Néanmoins, l'utérus se trouvait dans un état de contraction régulière; seulement, le tissu de la lèvre antérieure avait la consistance d'une sorte de pulpe molle. Il est très-probable que, dans ce cas, la perte sanguine a été la conséquence inévitable de la rupture d'un thrombus. A notre grande joie, la malade finit par se rétablir.

Il est donc évident que la formation d'un thrombus, à l'ouverture du col ou dans son voisinage, et, par suite, l'ouverture de quelques vaisseaux, sont souvent la véritable cause des hémorragies qui surviennent après la parturition, alors que l'utérus s'est régulièrement contracté. Remarquez aussi que le lieu d'élection du thrombus est précisément celui qui a le moins de contractilité, et que c'est sur ce point que se trouvent les vaisseaux qui donnent une plus grande quantité de sang.

On ne négligera donc aucun des moyens connus pour maîtriser l'hémorragie; le meilleur de tous est, certes, le tamponnement du vagin. Il faudra ensuite s'opposer au relâchement de la matrice, et empêcher, autant que possible, ce viscère de se laisser distendre par le sang.

J'ignore si les auteurs ont décrit positivement cette modification morbide. Je trouve, dans les œuvres de deux illustres compatriotes, deux passages qui me semblent avoir trait à ce fait d'obstétrique.

Notre admirable Denman prétend que le mucus qui s'écoule du vagin, avant l'accouchement, est ordinairement mêlé de sang, et que parfois il s'écoule une légère quantité de ce liquide; que cet écoulement a surtout lieu à deux périodes distinctes, lorsque le col commence à se dilater, et quand sa dilatation est complète. Dans le premier cas, l'écoulement doit être attribué à la rupture de quelques-uns des vaisseaux qui, partant de la surface interne de l'utérus, vont s'irradier sur les membranes. Dans le second cas, ce suintement dépend *d'une extravasation préalable dans le*

tissu du col utérin, qui acquiert quelquefois une épaisseur anormale due à cette cause, et indépendante de la tuméfaction œdémateuse ou inflammatoire. (Introd. à l'art des accouch., pag. 271, 5e édit.)

D'après le docteur Burns, le museau de tanche et le col se tuméfient parfois, dans un accouchement laborieux, comme si un épanchement sanguin se faisait dans ces parties. (*Principes d'obstétrique*, pag. 460, 9e édit.)

Dès qu'on aura constaté cet accident pendant le travail, on s'abstiendra de faire dépasser la tête de l'enfant à la lèvre atteinte de tuméfaction. Lorsque la tête sera au moment de son expulsion, on devra tirer plus lentement que de coutume sur le corps, et veiller plus attentivement à ce que les contractions utérines soient complètes. Quelquefois, malgré toutes ces précautions, on ne peut prévenir une issue instantanément mortelle.

(*Dublin quart. Journ. of med. sciences.*)

Pharmacologie.

NOTE SUR LE CÉRAT DE GALIEN ; par M. MAGNES-LAHENS, *pharmacien à Toulouse.*

Un de mes clients s'étant plaint à moi que le cérat de Galien, acheté dans ma pharmacie, et appliqué sur une plaie dartreuse, semblait irriter plutôt qu'adoucir cette plaie, je m'empressai de rechercher si l'inconvénient signalé était imputable au cérat. Sûr de la bonne confection de ce médicament, d'ailleurs récemment préparé ; sûr aussi de la pureté de l'huile d'amandes douces et de l'eau de rose obtenues l'une et l'autre dans mon laboratoire, je ne pouvais avoir de soupçon que sur la qualité de la cire employée.

Un fragment de la même cire, traitée par l'eau bouillante, communiqua au liquide une réaction acide très-sensible au papier de tournesol. Je crus tout d'abord à la présence dans cette cire de l'un des trois acides sulfurique, chlorhydrique, arsénieux. L'acide sulfurique pouvait provenir de l'addition à la cire d'une certaine quantité d'acide stéarique mal lavé ; la présence de l'acide chlorhydrique pouvait être attribuée à la transformation du chlore employé au blanchiment de la cire en acide chlorhydrique ; enfin, l'acide arsénieux pouvait provenir, ainsi qu'on l'a déjà constaté, de l'introduction dans la cire de bouts de bougies stéariques, la mèche de ces bougies étant quelquefois imprégnée à dessein d'acide arsénieux pour leur donner plus de roideur.

De nombreuses expériences me prouvèrent que l'acidité de la cire que j'étudiais n'était due à aucun de ces acides, et qu'elle provenait d'un acide organique particulier, que je crois être le même que celui qui existe dans le miel. J'ai constaté la présence de ce même acide dans les nombreux échantillons de cire, soit jaune, soit blanche, que j'ai essayés. D'autres essais, qu'il me paraît superflu de rapporter, me prouvèrent que la cire employée à la confection du cérat était irréprochable.

J'examinai alors, avec le plus grand soin et la plus scrupuleuse attention, le cérat qui m'avait attiré les reproches de mon client, et je n'y découvris rien d'anormal. Je n'y constatai qu'une réaction acide à laquelle je m'attendais, et qui était due, d'une part, à l'acide organique propre à la cire, et, d'autre part, à l'acide acétique, que tous les pharmaciens savent exister dans l'eau de rose.

Satisfait, d'un côté, d'avoir acquis la certitude que mon cérat ne renfermait rien de nuisible, j'étais désappointé, d'un autre côté, de ne pouvoir trouver l'explication du fait dont s'était plaint

mon client. Me recueillant, je me souvins que pareilles plaintes contre le cérat de Galien avaient été adressées, soit à mes confrères, soit à moi-même, sans motif appréciable pris de la confection du cérat; je me souvins en même temps qu'un très-grand nombre de personnes, des médecins mêmes, préfèrent au cérat de Galien, d'ailleurs bien préparé, l'axonge récente, le beurre frais, et surtout le suif de mouton purifié; et je me demandai alors si l'insuccès assez fréquent du cérat de Galien ne tiendrait pas à la nature même de ses ingrédients ou aux manipulations suivies pour sa préparation. J'avoue que la haute et antique réputation de ce médicament, inventé par le père de la pharmacie, et le respect que je professe pour tout ce qui a reçu la double sanction du temps et de l'expérience, me firent tout d'abord regarder comme imprudent le doute que j'avais osé concevoir sur le mérite de la formule du cérat de Galien. Mais, des recherches faites dans quelques anciennes pharmacopées (je n'ai pu consulter l'ouvrage de Galien) m'ayant convaincu que la formule donnée jadis par Galien diffère essentiellement de celle du *Codex*, je me trouvai allégé d'un grand poids, et je me hasardai à donner cours à mes soupçons, en examinant comparativement les deux formules (1).

Galien préparait son cérat en faisant fondre de la cire jaune dans de l'huile rosat; la matière figée était lavée à plusieurs reprises avec de l'eau de rivière.

Nous préparons aujourd'hui le cérat de Galien en faisant fondre dans l'huile d'amandes douces de la cire blanche, et nous incorporons à la masse très-longtemps et très-vivement agitée une assez grande quantité d'eau de rose.

Les deux produits diffèrent par la couleur, l'odeur, la consistance, la composition, et doivent différer dans leurs effets.

Suivons la comparaison des deux formules dans leurs détails.

Galien prescrit la cire jaune, le *Codex* prescrit la blanche : j'avoue que je n'ai pas de données suffisantes pour croire que la première soit préférable à la seconde. Je constate seulement que certains praticiens préfèrent la cire jaune, dont l'emploi est d'ailleurs adopté dans plusieurs grands hôpitaux de Paris. Galien prescrit l'huile rosat, le *Codex* prescrit l'huile d'amandes douces : ici, la différence entre les deux formules devient très-marquée ; car il est impossible d'admettre que l'huile d'amandes douces possède les mêmes propriétés thérapeutiques que l'huile rosat. C'est ce qui a frappé les yeux des réformateurs de la formule de Galien, et aussi ont-ils, par une espèce de compensation, remplacé l'eau de rivière employée par Galien pour laver le cérat, par l'eau distillée de rose, comme si les principes contenus dans l'eau de rose étaient les mêmes que ceux que l'huile enlève à ces fleurs.

Galien lavait le cérat à l'eau de rivière, sans chercher à incorporer l'eau à la masse. Ce lavage avait pour résultat d'enlever à la cire les matières étrangères solubles dans l'eau, telles que l'acide organique dont nous avons parlé plus haut. A peine quelques gouttelettes d'eau restaient-elles adhérentes au cérat.

Au lieu de laver le cérat, nous lui incorporons, par un battage de plusieurs heures, une grande quantité d'eau de rose. Loin donc d'enlever à la cire son acide organique, nous ajoutons au cérat tout l'acide acétique contenu dans l'eau de rose. Cette double acidité me paraît être une cause d'infériorité pour notre cérat, surtout lorsqu'on l'emploie

---

(1) Mon travail était déjà remis à l'imprimeur, quand M. le docteur Bernard, dont l'obligeance égale les connaissances bibliographiques, a bien voulu me communiquer la traduction du passage de Galien, où il est traité du cérat. Cette traduction ne s'accorde pas en tout point avec la formule que j'ai discutée. La dissidence que je mentionne n'infirmant pas les points principaux de mon travail, je n'ai pas jugé nécessaire de le modifier,

dans les nombreuses affections dartreuses dont le traitement, d'après les médecins de nos jours, doit au contraire être alcalin.

Le cérat, préparé d'après la formule primitive de Galien, ne contient que très-peu d'eau et d'air interposés. Il se conserve bien, et pénètre facilement dans les pores de la peau qu'il assouplit.

Le cérat de Galien du *Codex* contient une très-grande quantité d'air et d'eau. L'air interposé le prédispose à rancir, et irrite les plaies qui, comme tout le monde le sait, sont très-impressionnables par cet agent. L'eau se sépare du cérat peu de temps après son application, mouille la plaie et empêche la pénétration du corps gras dans les pores; aussi arrive-t-il que, quelques heures après l'application de notre cérat, on retrouve, sur la partie du corps où cette application a été faite, la presque totalité du cérat, sous forme de pellicule blanchâtre, moins l'eau qui a été absorbée en partie par les linges.

Il résulte de la comparaison que je viens d'établir, que la formule primitive de Galien est préférable à celle du *Codex*. L'habitude qu'a prise le public d'exiger une grande blancheur dans le cérat de Galien augmente encore incidemment l'infériorité de la formule du *Codex*. En effet, l'huile d'amandes douces, ayant une couleur jaune assez prononcée, donne un cérat qui atteint difficilement une grande blancheur. Pour parer à cet inconvénient, quelques pharmaciens remplacent l'huile d'amandes douces par l'huile de sésame, par l'huile d'olive, et ces huiles devenant plus blanches à proportion qu'elles vieillissent, c'est à ces huiles vieillies et plus ou moins rances que la préférence est accordée.

D'autres pharmaciens, au lieu de faire fondre la cire dans l'huile d'olive à une douce température, font chauffer cette dernière au point de la faire fumer abondamment.

Le cérat ainsi préparé est infiniment plus blanc (1); mais cette blancheur est acquise au détriment des qualités du cérat. L'adoption de la cire jaune empêcherait toutes les manœuvres blâmables que je viens de citer. Le cérat qui en résulterait étant naturellement jaune, le pharmacien emploierait sans difficulté l'huile d'amandes douces, ou tout au moins l'huile d'olive récente, sans s'inquiéter de leur teinte jaunâtre. Il serait d'ailleurs plus aisé de se procurer de la cire jaune pure que de la cire blanche offrant ce même degré de pureté.

(*Journ. de pharmacie.*)

BULLETIN CLINIQUE.

OBSERVATION DE HERNIE ÉTRANGLÉE, AVEC LES PHÉNOMÈNES LES PLUS GRAVES; OPÉRATION; GUÉRISON; *par* M. TH. MAUNOIR, *de Genève*.

Nous avons reçu, il y a un mois environ, de M. Th. Maunoir, la lettre suivante :

A M. le professeur Malgaigne.

Monsieur et habile Confrère,

« Si vous jugez que la communication suivante soit de quelque intérêt pour vos lecteurs, voulez-vous lui accorder l'honneur d'une place dans votre intéressant journal.

---

(1) Quelque étrange que paraisse cette assertion, elle est de la plus grande exactitude.

Obs.— « Mlle C..., âgée de 60 ans environ, porte depuis plus de 10 ans une hernie crurale gauche qu'elle n'a jamais cherché à contenir par un vrai bandage à ressort, mais sur laquelle elle a appliqué, pour mettre sa conscience en repos, une pelotte maintenue par des courroies. Cette hernie ne lui a jamais causé le moindre inconvénient ; elle ne rentrait jamais dans l'abdomen, mais diminuait de volume pendant la nuit.

« Jeudi soir, 11 décembre, sans autre cause que des accès de toux, Mlle C... commence à vomir des matières amères : elle fait appeler son médecin, le docteur Fauconnet, et vers minuit son chirurgien, le docteur Julliard, qui constatent au pli de l'aîne, une tumeur bilobée remontant obliquement en dehors, le long de l'arcade crurale, et du volume environ de deux petites pommes réunies par une tige épaisse : tout cela constitue sa vieille hernie, et offre une assez grande dureté, mais fort peu de sensibilité à la pression, non plus que le bas-ventre qui est souple et non météorisé.

« Des efforts de réduction sont faits d'une manière soutenue et prolongée, mais sans aucune violence : ils sont inutiles, ainsi que des lavements purgatifs, et des purgatifs administrés pendant la nuit et constamment revomis.

« Le vendredi matin, nouvelles tentatives de taxis encore inutiles. Les médecins de Mlle C..., recommandent l'application de la glace sur la tumeur.

« A 2 heures après-midi, je suis appelé en consultation avec mes deux collègues : je trouve la hernie telle que je l'ai déjà décrite, mais sa consistance est *molle,* sans être tout à fait pâteuse, c'est un changement survenu depuis l'application de la glace ; la peau qui la recouvre a l'aspect normal, la tumeur est presque tout à fait indolente, même sous une pression assez forte (elle est un peu sonore à la percussion), le bas-ventre est complétement sans douleur, mou, non météorisé ; le pouls régulier, de force normale à 90 environ, la peau bonne, le facies excellent. Il n'y a point eu de selles, mais depuis le matin, cinq ou six vomissements dont les deux ou trois derniers, liquides et brunâtres, exhalent une odeur fécale très-prononcée.

« Je conseille de cesser l'application de la glace, de la remplacer par des compresses trempées dans l'eau fraîche, et d'essayer encore l'huile de ricin par cuillerées à café. Le docteur Julliard revoit la malade le soir à 6 heures, et la trouve dans le même état. Nous nous réunissons de nouveau à 10 heures et demie, et constatons les déplorables changements que voici :

« Mlle C... est dans un état d'angoisse extrême, et a le pressentiment de sa fin ; ses lèvres sont violacées, la face grisâtre et profondément altérée, la voix faible et tremblante, le pouls tellement faible qu'il faut un certain temps avant que de le trouver, il n'a du reste pas changé de vitesse ; la peau n'est pourtant ni froide ni couverte de sueur ; elle est tiède encore : l'état local de la hernie et du bas-ventre est *exactement* tel que je l'avais trouvé 8 ou 9 heures auparavant, les vomissements bruns, de forte odeur fécale, ont continué ; inutile de dire qu'il n'y a point eu de selle.

« Notre impression à tous trois, fut que cette malade ne serait pas vivante le matin suivant.

Si au lieu d'être séparés de vous par une distance de 120 lieues, nous eussions pu en ce moment recourir à vos précieux conseils, quel eût été votre avis, Monsieur, tant sur la cause et la nature du fâcheux changement survenu en quelques heures et sur le pronostic du cas, que sur les moyens à employer ?

« Sous peu, il faut l'espérer, le fil électrique nous permettra de vous adresser ces questions en temps utile ; aujourd'hui bornons-nous à une consultation ré-

trospective, qui sera sans doute intéressante pour vos lecteurs, comme tout ce qui sort de votre plume, savante et originale tout à la fois. De mon côté, je ne manquerai point de vous adresser la fin de cette observation pour un numéro subséquent.

TH. MAUNOIR.

Genève, 13 décembre 1851.

Cette forme de consultation rétrospective a été rarement employée dans la presse médicale ; et sans doute il ne faudrait pas en abuser. Cependant l'intérêt du fait en lui-même, l'autorité de l'habile chirurgien qui nous faisait l'honneur de nous consulter, et la leçon qui pourra en résulter pour tous, sont des raisons plus que suffisantes pour déroger cette fois à la forme habituelle des communications scientifiques.

Nous répondîmes à M. Maunoir, que bien habile ou plutôt bien téméraire serait le chirurgien qui se flatterait d'expliquer toujours les phénomènes si divers et si souvent inexplicables des hernies étranglées ; et sans doute, cela était plus difficile encore lorsqu'on n'avait pas eu sous les yeux les malades. Que cependant nous avions rencontré des cas analogues à celui qu'il décrivait, toutefois après des vomissements plus abondants que chez sa malade ; que nous avions donné à cet état le nom de *choléra herniaire ;* et qu'après la mort, alors presque inévitable, nous avions trouvé dans le cœur le sang transformé en une gelée noirâtre comme chez les cholériques, ce qui à notre avis, expliquait la disparition du pouls. Qu'avec cette idée, et l'appareil des symptômes décrits, la probabilité était que la malade était morte ; et que nous désirions beaucoup, le cas échéant, connaître les résultats de l'autopsie. Quant au traitement, qu'il était difficile d'en proposer un dans un cas qui semblait désespéré ; que si par extraordinaire la malade en réchappait, ce serait une guérison comparable à celle que produit quelquefois une nature puissante chez des cholériques désespérés, et dont la thérapeutique ne peut réclamer que la moindre part ; que pourtant il devait se baser sur deux indications, à notre avis, manifestes ; l'étranglement qu'il fallait lever, l'état cholérique auquel on pouvait opposer le traitement stimulant du vrai choléra.

M. Th. Maunoir nous demandait la solution d'une énigme dont il avait déjà en partie le mot. Les indications que nous énoncions, il les avait saisies avant nous, bien qu'avec des idées théoriques différentes ; la malade avait été opérée, et les plus fâcheux symptômes avaient disparu au moment même où il nous adressait la lettre qu'on vient de lire. Dès lors l'état du sang n'a pu être vérifié ; mais pour montrer quelle est la difficulté du diagnostic en pareille matière, les chirurgiens présents avaient cru de leur côté à une gangrène de l'intestin, et l'opération a fait voir qu'il n'en existait pas l'ombre.

Voici maintenant la suite de l'observation qu'a bien voulu nous adresser M. Maunoir, avec des remarques dont on appréciera la haute valeur ; nous n'avons rien à y ajouter ; nous ne dirons qu'un mot de la dernière phrase qui nous concerne. *Vous avez l'air d'admettre*, nous dit notre habile confrère, *que cette forme là ne cède point à l'opération.* Nous dirons seulement que nous ne l'avions point encore vue céder à l'opération ; et l'éclatant succès des chirurgiens de Genève, tout en enseignant aux chirurgiens à ne pas abandonner une hernie sans l'opérer, doit cependant leur laisser dans l'esprit la conviction trop légitime qu'alors le pronostic est presque constamment mortel.

« Les symptômes déplorables que présentait la malade et qui pour vous constituaient un *choléra herniaire*, me semblaient se rapporter à une gangrène de l'in-

testin pincé ; je le dis à mes collègues, et quoique notre espoir fût bien près d'être nul, j'insistai pour l'opération comme unique et bien faible ressource.

« Le docteur Julliard la pratiqua à l'instant même : elle ne présenta rien de particulier. Nous trouvâmes une masse assez considérable d'épiploon très-parsemé de veines gonflées, et recouvrant une grande anse intestinale pleine de gaz, d'un violet très-sombre, mais bien lisse, bien brillante, sans trace de pseudomembrane, sans le moindre ramollissement gangréneux ; il n'y avait presque pas de liquide dans le sac. Le débridement en dedans, et la réduction de l'intestin, tout cela fut facile. Nous ne fîmes rentrer qu'une portion de l'épiploon ; la bonne moitié externe de la masse ayant évidemment et dès longtemps perdu droit de domicile. Quelques points de suture fermèrent exactement la plaie, qui fut, ainsi que tout l'abdomen, recouverte d'un large cataplasme. L'opération avait été à peine douloureuse, quoique nous n'eussions employé aucun agent anesthésique.

« Presqu'aussitôt après le pouls se releva un peu ; nous donnâmes une potion stimulante, la nuit se passa sans sommeil, mais sans un seul vomissement ; et il y eut une selle claire, spontanée. Le lendemain matin, le pouls était à 90, bien plus développé quoique encore faible, le facies beaucoup meilleur ; peu d'angoisses, le ventre souple, indolent.

« Trois cuillerées à café d'huile de ricin amenèrent deux selles liquides dans la journée; le soir même le pouls à 84 était de force normale, le facies bon, la malade se sentait très-bien. Elle a guéri sans accident.

« Tout porte sa morale en ce monde, même une observation chirurgicale.

« Vous présumiez que notre malade était morte. Nous qui avions la plus grande crainte de cette terminaison, nous sommes trompés, mais en bonne compagnie. Le pronostic, en général, selon moi, plus facile à établir que le diagnostic, peut donc encore induire en erreur même les maîtres, puisque vous l'aviez porté fatal.

« Mais au point de vue pratique, ne ressort-il pas de ce cas qu'il faut *toujours* opérer une hernie, même *in extremis?* N'est il pas évident, que cette profonde sidération n'avait aucune issue possible que la mort au bout de quelques heures, si nous n'avions pas eu plus de détermination que d'espérance ? Et quant à décider avec quelque précision la cause et la nature des accidents survenus chez cette malade, c'est chose difficile ce me semble. Assurément ce n'était point une gangrène comme je l'avais pensé ; je reconnais comme vous l'aspect cholériforme de quelques symptômes, mais vous avez l'air d'admettre que cette forme là ne cède point à l'opération, et pourtant l'amélioration a été des plus rapides après la réduction de l'intestin.

« Quoi qu'il en soit, je suis heureux que vous ayiez jugé le cas digne d'avoir place dans votre journal, et portant avec lui quelqu'enseignement.

« Veuillez, Monsieur, croire à l'extrême considération de votre très-dévoué confrère,

« TH. MAUNOIR. »

DE LA FLEXION DES MEMBRES COMME MOYEN DE SUSPENDRE ET MÊME D'ARRÊTER L'HÉMORRAGIE ARTÉRIELLE; *par* M. BOBILLIER, *D.-M.-P. à Dunkerque.*

Lorsque certaines artères placées dans les plis des membres viennent à être lésées, il suffit de fléchir fortement ces membres pour suspendre et même pour arrêter définivement l'hémorragie. Ce moyen m'a suffi pour arrêter une blessure de la radiale à son passage entre les deux premiers métacarpiens pour entrer dans

la paume de la main et former l'arcade palmaire profonde, en fléchissant, en rapprochant le pouce et en le maintenant dans cette position, fixé dans la paume de la main.

Dans une autre occasion, la flexion permanente de la main sur l'avant-bras m'a suffi dans un cas de lésion de la radiale au devant du carpe, à l'endroit où l'on tâte le pouls.

Dans une autre circonstance, un boucher s'enfonce la pointe de son couteau au pli du bras; l'artère brachiale est coupée et donne lieu à un jet de sang effrayant; il a déjà perdu beaucoup de sang; c'était dans un endroit où il était impossible de se procurer du fil, et j'étais sans instruments nécessaires pour faire la ligature; une flexion très-forte et soutenue de l'avant-bras sur le bras a suffi pour arrêter définitivement l'hémorragie.

Je crois que dans bien des occasions on peut employer ce moyen simple d'arrêter les hémorragies artérielles; mais je ne prétends pas qu'il peut suffire en toutes circonstances et qu'il offre la sûreté nécessaire. Je ne crois même pas qu'il puisse être mis en parallèle avec la ligature; elle seule possède toute la solidité désirable. Je ne raconte que ce que j'ai fait, et je ne propose la position fléchie des membres que quand on est appelé la nuit, à la campagne, dépourvu d'instruments et des objets nécessaires pour pratiquer la ligature.

(Nous avons indiqué le premier dès 1834 (voir notre *Manuel de médecine opératoire*, 1re édit, p. 78) un moyen assuré d'arrêter l'hémorragie de la piqûre de l'artère dans la saignée, en pliant fortement l'avant-bras. Plus tard, en 1838, nous signalions la flexion du genou comme arrêtant de même le cours du sang dans l'artère poplitée; et plusieurs chirurgiens se sont bien trouvés de cette ressource à la fois simple et efficace (voir entre autres notre *Journal de Chirurgie*, t. IV, p. 20). M. Bobillier, qui paraît n'avoir pas connu ces précédents, n'aura donc pas une priorité complète à cet égard; mais la note qu'il vient de lire tend à prouver que la flexion des membres peut être étendue à un bien plus grand nombre d'artères; et, à ce point de vue, elle a le mérite d'un grand intérêt d'abord, et d'une incontestable nouveauté.) (*Note du rédacteur.*)

BIBLIOGRAPHIE.

ÉLÉMENTS D'ANATOMIE GÉNÉRALE, DESCRIPTION DE TOUS LES TISSUS OU SYSTÈMES ORGANIQUES QUI COMPOSENT LE CORPS HUMAIN; *par* BÉCLARD, 3e édition, revue et augmentée de nombreuses additions, par M. Jules Béclard, *agrégé à la Faculté de médecine de Paris* (1).

Le *Traité d'anatomie générale* de Béclard, dont la première édition remonte à 1823, et qui fut réimprimé sans changements en 1827, deux ans après la mort de l'auteur, est un livre trop connu de tout le monde pour que l'analyse en soit à faire aujourd'hui. Ceux qui étudiaient à l'époque où cet ouvrage fut publié se souviennent encore de l'immense succès qu'il obtint et du retentissement qu'il eut dans le monde médical. S'il est aujourd'hui moins répandu, cela tient d'abord à ce que depuis longtemps les deux premières éditions sont épuisées, et ensuite à

(1) Labé, libraire-éditeur, 1 vol. in-8°, avec figures intercalées dans le texte.

ceci, que, depuis vingt-cinq années, l'anatomie des tissus a fait de nombreux et incontestables progrès. L'emploi qui tend de jour en jour à se généraliser davantage, de nouvelles méthodes d'investigation, de nouveaux instruments, de procédés plus perfectionnés dans l'étude des sciences physiques, a donné un immense développement à cette branche des connaissances médicales. Tout complet qu'il était pour le temps où il fut fait, le livre de Béclard serait aujourd'hui trop en arrière du progrès incessant de la science, pour rendre tous les services que l'on serait en droit d'en attendre, si l'on se fût borné à le reproduire sans modifications.

Pour le mettre au niveau des connaissances actuelles, il fallait un homme qui, se pénétrant bien de l'esprit général de l'œuvre originale, sut, en en conservant le cadre, le texte, les divisions, y intercaler. avec une sage discrétion, les faits nouveaux divers, mais acquis et passés à l'état de vérités ; qui consentît, restant dans l'ombre, à n'être que le continuateur presque ignoré du maître; qui mît enfin sa gloire à harmoniser l'ancien et le nouveau texte, et à faire disparaître avec abnégation les traces de son pénible et utile travail.

Cette tâche difficile, aucune main mieux que la main pieuse d'un fils ne pouvait la remplir. Agrégé de la Faculté, soutenant avec distinction, quoique tout jeune encore, un nom glorieux et difficile à porter, M. Jules Béclard a fait du traité d'anatomie générale de 1823 un livre à la hauteur des besoins du moment. Ce que le microscope, dont, pour le dire en passant, on semble avoir une tendance générale à abuser peut-être quelque peu, ce que la chimie avec ses analyses organiques, ce que la physique avec ses nouveaux appareils d'électricité, ont appris depuis vingt ans, se trouve fidèlement reproduit dans le nouveau *Traité d'anatomie générale*, et fondu avec l'ancien ouvrage d'une manière si habile, si délicate, qu'il serait presque impossible, si l'on ne se reportait par la pensée à vingt-cinq ans en arrière, et si M. Jules Béclard n'avait pris soin lui-même de les signaler par une disposition matérielle particulière, qu'il serait presque impossible de distinguer les additions du texte primitif.

Un caractère typographique d'une autre espèce a été adopté par le continuateur de Béclard, pour que toute confusion fût impossible au lecteur, et pour lui épargner le travail d'esprit nécessaire pour faire ainsi la part de chacun. Des notes, indiquant les sources auxquelles on a puisé, suivant la méthode adoptée par Béclard dans sa première édition, facilitent les recherches de ceux qui voudraient faire une étude approfondie d'un point spécial, et leur indiquent une sorte de bibliothèque anatomique choisie.

Une connaissance profonde de la langue allemande a permis à M. Jules Béclard de mettre à contribution les savants ouvrages, trop peu connus en France, des auteurs qui, dans ces derniers temps, ont fait le plus avancer la science qui a pour objet l'anatomie de structure, Henle, Gerber, Bruns, Weber, Wagner, Schwann, sans que, cependant, aient été omises ou laissées dans l'ombre les recherches des savants français, Dujardin, Lebert, Robin, etc. Sans vouloir entrer dans le détail de ces additions, qui forment plus d'un tiers du nouveau volume, nous nous contenterons d'indiquer en passant, et comme les plus importantes, celles qui complètent les articles *sang*, *lymphe*, *glandes*, *systèmes musculaire*, *nerveux*, etc.

De nombreuses figures sur bois, dessinées d'après les livres des auteurs les plus connus et les plus distingués, sont intercalées dans le texte, et rendent plus facile l'intelligence des descriptions partout où le besoin s'en est fait sentir.

Le travail de M. Jules Béclard, fait avec autant de soin que d'intelligence et de respect, est une promesse autant qu'un beau succès, et nous sommes sûr qu'il la tiendra.

Dr A. Foucart.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — 22 *décembre.* — *M. Serres* lit une *note sur la métamorphose de l'aorte chez l'embryon des vertébrés.* Il s'agit de la réunion en une aorte unique des deux aortes primitives. Ce phénomème, se passant de la 50e à la 85e heure de l'incubation de l'œuf de poule, avait été méconnu par plusieurs anatomistes. Il a été de nouveau constaté, à l'aide de procédés différents, par M. Allen Thompson, d'Edimbourg, et par M. Blanchard, à Paris.

—*M. Robin* adresse une note *sur les causes du passage de l'albumine dans les urines.* A l'état normal, l'albumine est brûlée dans le sang dans l'acte de la respiration. Si cette combustion est incomplète, l'albumine reste en plus grande quantité et peut ainsi passer en nature par les urines. Toute affection qui gêne la respiration doit donc produire cet effet, et de fait, selon M. Robin, les urines deviennent albumineuses dans le croup, la bronchite capillaire, l'emphysème pulmonaire, la phthisie, l'ascite considérable, la grossesse, etc.

29 *décembre.*—*M. Lereboullet,* professeur à la Faculté de Strasbourg, adresse un résumé de son travail sur la structure du foie, qui a obtenu le prix Portal de l'Académie de médecine.

—*M. Sédillot* adresse une note *sur la possibilité et les avantages de la staphylographie chez les enfants.* Il fait remarquer que la prononciation, pour être bien nette, a besoin d'être cultivée dès le jeune âge; et annonce qu'il a opéré avec succès une jeune fille de dix ans.

5 *janvier.*—*M. Chatin* adresse la deuxième partie de ses recherches *sur la présence de l'iode dans l'air, les eaux et les produits alimentaires, etc.*

—*M. Delafond* lit, en son nom et au nom de M. Gruby, un Mémoire *sur les helminthes et en particulier sur le ver filaire qui vit dans le sang du chien domestique.* En moyenne, on rencontre un chien sur vingt ou vingt-cinq, qui porte dans le sang de ces filaires. Ils ne paraissent déterminer aucune maladie, bien que leur nombre dans la masse totale du sang puisse dépasser 200,000.

12 *janvier.*—*M. Fourcault* lit un Mémoire *sur l'influence des milieux géographiques, géologiques et chimiques sur l'organisation de l'homme et des animaux.*

—*M. Chatin* présente les troisième et quatrième parties de son Mémoire sur l'iode.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — 23 *décembre.* — *M. Leroy d'Etiolle* adresse une note relative à l'exploration des rétrécissements de l'urètre. Après avoir fait ressortir l'utilité des bougies à boule de Ch. Bell, auxquelles il reproche leur rigidité métallique, il dit s'être servi avec avantage : 1° de bougies à boule en gutta percha; 2° d'ampoules en caoutchouc vulcanisé ; 3° d'un explorateur composé d'un petit tube renfermant deux tiges élastiques qui s'écartent en Y lorsqu'on a franchi le rétrécissement.

— *M. Bérard* présente un agneau à une seule tête avec deux corps distincts.

— L'ordre du jour appelle la nomination des membres du bureau pour 1852. Ont été nommés :

Président : M. Mélier;
Vice-président : M. Bérard;
Secrétaire annuel : M. Gibert.
Membres du conseil d'administration : MM. Orfila, Bégin et Boullay.

30 *décembre.* — *M. le Président* tire au sort la députation qui ira complimenter le président de la République, à l'occasion du nouvel an.

— *M. Gérardin* rend compte de l'élection faite par les sections compétentes des cinq membres appelés à faire partie du jury pour le concours d'hygiène à la Faculté de Paris. (Voir aux *Variétés.*)

— *M. Patissier* lit un rapport très-étendu *sur le service médical des établissements thermaux en* 1849 *et* 1850.

— Le reste de la séance est consacré au renouvellement partiel des commissions. Les membres nommés sont :

Commission des eaux minérales : MM. H. Gaultier de Claubry et Chevallier.
— *Remèdes secrets* : MM. Caventou et Poiseuille.
— *Epidémies :* MM. Bricheteau et Gaultier de Claubry.
— *Vaccine* : MM. Gibert et Cazeaux.
— *Topographie :* MM. Renauldin et Emery.

Comité de publication : MM. Roche, Laugier, Boutron, Delafond et Bousquet.

6 *janvier.* — *M. Mélier*, président, remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait et fait voter des remercîments au président sortant; puis il rend compte des visites officielles faites au président de la République et aux ministres du commerce et de l'instruction publique.

— *M. Dubois* (d'Amiens) lit, au nom de M. Récamier, une note intitulée : *Recherches sur l'ammoniaque et sur le guano.*

— *M. Joly* fait un rapport sur *l'emploi de l'eau de mer concentrée comme agent thérapeutique*, proposé par M. Moride, pharmacien à Nantes. — La commission pense qu'il y a lieu d'accueillir cette idée, et propose d'adresser à l'auteur des remercîments et des encouragements.—Adopté.

13 *janvier.*—*M. Renault* lit un rapport sur un Mémoire de M. Dezauneau, relatif au *traitement prophylactique de la rage au moyen de la méthode des frictions mercurielles.* — Nous donnons plus haut un extrait de ce rapport très-remarquable, qui établit que l'efficacité de cette méthode n'est rien moins que démontrée. — Remercîments et dépôt aux archives.

— *M. Marchand,* pharmacien à Fécamp, lit les conclusions d'un *Mémoire sur les eaux potables en général, et en particulier sur celles des arrondissements du Havre et d'Yvetot.*—Commiss. : M. Orfila, Henry, Boutron et Boullay.

— *M. Londe* lit, pour M. Lesauvage, de Caen, quelques remarques sur une observation de monstruosité par inclusion, envoyée à l'Académie par M. Kulikowski.

VARIÉTÉS.

Voyage de M. Seutin.—Anecdotes.

Il y a environ six mois que M. Seutin a quitté Bruxelles pour un voyage dans le Nord qui, contre ses prévisions, s'est prolongé pendant plus de cinq mois. Les journaux de médecine belges, mus par un sentiment de patriotisme qui leur fait honneur, nous ont fréquemment entretenus des épisodes de cette longue odyssée.

« Parti à la fin de juillet 1851, dit l'un d'eux, il est revenu le 1er janvier 1852. Pendant ce long espace de temps, M. Seutin a fait un des plus beaux voyages qu'on puisse imaginer. Il a successivement visité Berlin, Turnow, Breslau, Cracovie, Saint-Pétersbourg, Moscou, Tiflis, Odessa, Constantinople, Malte, Naples,

Rome, Florence, Turin, Lyon et Paris. Partout notre compatriote a été reçu d'une manière brillante et parfois même enthousiaste. Personne n'ignore l'accueil tout exceptionnel que lui a fait l'empereur de Russie ; nous croyons même n'être pas indiscret, en disant que c'est sur les instances du czar que M. Seutin doit aujourd'hui d'avoir accompli le voyage dont nous venons d'énumérer les principales étapes. »

A son retour, M. Seutin a trouvé le corps médical belge enthousiasmé des honneurs qu'avait reçus son principal représentant ; et un grand banquet, dont nous aurons sans doute tous les détails, a dû lui être offert le 17 janvier. On annonce aussi une relation complète de son voyage scientifique. En attendant, nous en trouvons quelques souvenirs dans une chronique spirituelle adressée par M. Munaret, de Lyon, à l'*Abeille médicale*. M. Munaret est moins enthousiaste que nos confrères belges ; M. Seutin lui a rappelé seulement Mathias Mayor, et même il ajoute avec un peu d'irrévérence, que la seconde édition est considérablement diminuée. Nous avertissons M. Munaret qu'il se cherche là une bonne querelle avec toute la Belgique, et qu'il ne manquera pas de la trouver. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas du moins par l'esprit de saillie et le piquant de ses récits que M. Seutin le cédera à Mathias Mayor. Voici quelques anecdotes que rapporte M. Munaret, et qui auraient bien dû le désarmer :

« Comme tous les touristes, notre confrère belge s'adonne au plaisir de nous raconter les scènes de son odyssée.— Un jour, par exemple, il avait obtenu l'insigne et rare honneur d'aborder S. M. l'empereur de Russie ; le czar est aussi fort qu'il est grand et gros ; il s'anime, si la conversation lui va, et alors sa parole grave et brève se complique d'une pantomine plus ou moins dangereuse pour son interlocuteur.—Or, tous deux se vantaient à qui mieux mieux, l'un de casser les membres, par mille et centaines de mille, selon son bon plaisir, et l'autre promettait de les tous guérir, d'après son procédé *sûr, prompt* et *commode*, c'est le refrain.

«—Moi, disait Nicolas, je tiens et je contiens l'Europe, comme votre bras...

«—Sire, s'empressa de répondre le chirurgien, en le retirant tout meurtri de cette impériale étreinte, il ne faut pas que la CONTENTION aille jusqu'à la COMPRESSION.

« Le czar daigna sourire à cet à-propos qui cachait, sous la frivole apparence d'un jeu de mots, une bonne et utile leçon de politique.

« Un autre jour, M. Seutin flânant dans les rues d'Athènes, rencontra une vieille femme montée sur un âne, dont les pieds (j'entends ceux de la vieille femme) étaient grossièrement garrottés.—M. Seutin, qui flaire une fracture comme certain pachyderme subodore les truffes, fit tomber *coram populo* toutes ces guenilles du rhabillage et, en l'absence d'amidon, il improvisa son appareil amovo-inamovible, avec un pain réduit en bouillie..... »

Ici, M. Munaret renvoie méchamment à la note philologique suivante :

« *Faire de la bouillie pour les chats*, prendre de la peine pour faire une chose qui ne servira à rien. (*Dict. de l'Acad. française*, art. BOUILLIE. »

Cela n'est vraiment ni bien ni juste ; l'appareil de M. Seutin a servi et servira encore à quelque chose ; et la peine qu'il a prise pour être agréable à ses convives de Lyon, méritait un autre remercîment. Une dernière histoire :

« Un autre jour... — (permettez, cher lecteur, je ne compléterai pas la semaine) notre confrère se fait présenter au roi de Sardaigne.—Approchez, monsieur Seutin, dit le jeune monarque, je vous connais, mon médecin m'a parlé de votre habileté, de votre franchise...

«—Sire, je n'ai jamais trompé, *surtout* en médecine.

«—*Même* en médecine se dirait mieux, ajouta Charles-Emmanuel, dont la longue moustache en croc put dissimuler le rire sardonien. »

— L'Allemagne (sans les Etats autrichiens) compte 19 Universités. Ce sont: Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Fribourg, Giessen, Gœttingue, Greifswalde, Halle, Heidelberg, Jena, Kiel, Kœnigsberg, Leipzig, Marburg, Munich, Rostoch, Tubingue, Wurtzburg. Ces Universités, à l'exception de Kiel, Kœnigsberg et Rostock, comptent 11,945 étudiants, parmi lesquels 2,146 en médecine, 2,357 en philosophie, 3,973 en droit, 549 en sciences administratives, et 2,539 en théologie. L'Université de Berlin compte le plus grand nombre d'étudiants (2,107), et celle de Greifswalde le plus petit (189).—Il y a à Berlin 414 étudiants en médecine.

— Le ministre des cultes et de l'instruction publique en Prusse vient de publier une statistique du corps médical dans ce pays. D'après ce document, il y a actuellement en Prusse 287 médecins de cercle, 3,266 autres médecins, 962 chirurgiens de première classe, et 973 chirurgiens de seconde classe; total, 5,488. Ce chiffre, réparti sur la population entière, qui, suivant le dernier recensement, était de 16,216,912 personnes, donne 1 médecin ou chirurgien par environ 3,000 habitants.

Le nombre des vétérinaires est actuellement de 828, et celui des pharmaciens de 1,471.

Il y a à Berlin : 412 médecins, 29 chirurgiens de 1re classe, 45 chirurgiens de 2e classe, 35 dentistes, 37 pharmaciens, 55 vétérinaires, et 56 sages-femmes.

— Le *Medical Times* donnait l'an dernier la statistique suivante des médecins de Londres :

On y comptait 2,574 praticiens, dont 2,237 exerçant toutes les branches de l'art; 187 chirurgiens, 150 *physicians*, et 52 homœopathes.

Les *physicians* tiennent le premier rang; ils n'exercent que la médecine, et peuvent se comparer, sous le rapport de la considération, aux anciens docteurs-régents de la Faculté de Paris.

Les 2,237 praticiens propres à tout faire portent en général le nom d'*apothecaries*; et nous trouvons dans un journal, sur l'état de la pharmacie en Angleterre, une note qui sera intéressante à consulter.

Les classes de citoyens qui, en Angleterre, vendent des médicaments, se divisent ainsi :

1° Pharmaciens proprement dits : *chemists*, *pharmaceutical chemists,* ou *chemists and druggists ;*

2° Pharmaciens-chirurgiens : *apothecaries and surgeons ;*

3° Droguistes : *wholesale druggists ;*

4° Herboristes : *herbalists.*

Ces derniers ne sont qu'en fort petit nombre et à peine connus. Les troisièmes ne vendent à peu près que la droguerie commune, et le plus souvent en gros, ou encore fournissent les pharmaciens de préparations officinales; les seconds joignent l'exercice de la médecine à celui de la pharmacie, ce qui ne constitue pas l'un des moins curieux traits des mœurs anglaises. En effet, ces mêmes praticiens sont

quelquefois aussi accoucheurs. Rien ne fait un plus singulier effet, telle a été du moins l'impression que nous avons ressentie, que la vue de cette enseigne sur une boutique : *un tel*, *apothicaire-accoucheur* (*apothecary and surgeon midwife*), accompagnée d'inscriptions sur les carreaux ou les panneaux de la devanture, telles que celle-ci : *midwifery room, delivery room* (salle d'accouchement). Que l'on accorde donc, si l'on peut, de pareilles inscriptions avec la pruderie anglaise, qui ne permet pas d'appeler une foule de choses par leurs noms.

Les pharmaciens-chirurgiens, ou mieux officiers de santé, indépendamment de la consultation sur place, vont visiter les malades en ville. De retour, ils font préparer les médicaments qu'ils jugent convenables et les envoient à leurs clients avec le *modus administrandi* sur l'étiquette pour toute ordonnance. Ils ont droit à 5 schellings par visite ; mais le plus souvent ils se contentent de faire payer le prix des médicaments dont, et pour cause, ils inondent leurs patients.

De nombreuses mutations ont eu lieu récemment dans le personnel médical des hôpitaux de Paris.

M. Bouvier, médecin de l'hôpital Beaujon, est passé à l'hôpital des Enfants, ainsi que M. Gillette, médecin de la Salpêtrière.

M. le professeur Requin, médecin de l'hôpital de la Pitié, passé à l'Hôtel-Dieu.

M. Valleix, médecin de l'hôpital Beaujon, passé à l'hôpital de la Pitié.

M. Grisolle, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, passé à l'hôpital Beaujon.

M. Barth, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, passé à l'hôpital Beaujon.

M. Gueneau de Mussy (Noël), médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite, passé à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Vernois, médecin de l'hôpital de Bon-Secours, passé à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Barthez de Marmorières, médecin de l'hôpital de Lourcine, passé à l'hôpital Sainte-Marguerite.

M. Pidoux, médecin de l'hospice de La Rochefoucault, passé à l'hôpital de Bon-Secours.

M. Cazalis, médecin de l'institution de Sainte-Perrine, passé à l'hospice de la Vieillesse (femmes) (Salpêtrière).

M. Tardieu a été nommé médecin à l'hospice de La Rochefoucault, en remplacement de M. Pidoux.

La distribution des prix des hôpitaux a eu lieu il y a quelques jours. En voici les résultats :

Prix de l'internat.—1re division, médaille d'or, M. Mailly.—Médaille d'argent, M. Axenfeld.—Mentions honorables : MM. Triboulet et Piachaud.

2e division.—Médaille d'argent : M. Duménil.—Accessit (livres) : M. Laboulbène.—Mentions honorables : MM. Maingault et Grau.

Prix de l'externat.—Prix : M. Caron (Edmond-Charles).—Accessit : M. Henry (Alfred).—Mentions honorables : MM. Marsé et Zapfle.

—Voici les noms des trente-deux élèves qui ont été nommés internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux. Ce sont MM. Caron, Henry, Marsé, Zapfle, Boucher, Duchaussoy, Leplat, Remilly, Desnor, Masson, Arrachar, Codet, Bidard, Thomas, Gaujot, Bucquoy, Massans, Pied-Noel, Boscredon, Lafargue, Turner, Maurice, Titon, Gaube, Zambaco, Boureau, Ducluzeaux, Dolbeau, Isambert, Cadet-Gassicourt, Blache, Charrier.

Ont été nommés internes provisoires : MM. Liégard, Billoir, Garreau, Bignon, Dupuy, Collot, Tarnier, Parret, Rabaud, Fauvel, Blachez, Amen, Bourcy, Vaullet, Olivier, Fleurot, Luys, Moisant, Quentin, Voisin, Amestoy, Frémineau, Margerie, Boutequoy, Vidal, Godart.

—Un habitant de Paris, M. Simonin, a offert à l'administration de l'Assistance publique de fonder huit nouveaux lits dans les hospices d'incurables, moyennant le prix principal de 72,000 francs. La commission appelée à délibérer sur cet objet a formulé ainsi sa décision :

« La commission municipale de Paris, touchée du nouvel et important acte de libéralité de M. Simonin, envers lequel elle consigne ici l'expression de sa gratitude, émet l'avis qu'il y a lieu d'autoriser le directeur de l'Assistance publique à accepter la fondation de huit nouveaux lits dans les hospices d'incurables, faite par M. Simonin, et la donation stipulée à cet effet d'un prix principal de 72,000 fr., etc. Ampliation de la présente délibération sera adressée à M. Simonin. »

M. Simonin est coutumier du fait. Déjà, en 1847, il a fondé vingt-cinq lits du même genre, moyennant la somme de 244,000 francs.

—M. le docteur Pasquier, inspecteur du service de santé des armées, qui avait été dernièrement promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur, vient de succomber, atteint d'une pneumonie, à l'âge de 57 ans.

— Le concours pour la chaire d'hygiène à la Faculté de Paris a commencé le 5 janvier. Le jury définitivement constitué se composait de 15 membres, savoir : pour la Faculté, MM. Bérard, *président ;* MM. Adelon, Bouillaud, Denonvilliers, Gavarret, Laugier, Orfila, Requin, Rostan et Trousseau; — pour l'Académie, MM. Caventou, Gérardin, Lecanu, Soubeiran et Villermé; mais une indisposition assez sérieuse a empêché M. Orfila de continuer à y prendre part.

Les concurrents, au nombre de six, sont MM. Béclard, Bouchardat, Guérard, Marchal de Calvi, A. Sanson et Tardieu.

La question écrite avait pour titre : *De l'Acclimatement.*

— Un autre concours pour une chaire de clinique médicale est pendant devant la Faculté de Montpellier. Les candidats sont MM. Andrieu de Brioude, Barbaste, Boudin de Marseille, Chrestien, Dausoux, Dupré de Toulouse, Pons et Quissac.

— Le concours pour quatre places de médecins au bureau central des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Oulmont, Frémy, Moutard-Martin et Bergeron. M. Oulmont a été nommé le premier à l'unanimité.

— Nous trouvons dans les journaux politiques la note suivante, au sujet de laquelle nous aurons sans doute prochainement des renseignements plus certains :

« L'expérience qu'un fil de platine peut être chauffé en un instant, et qu'une fois rouge il coupe la peau et la chair d'un homme aussi facilement que les instruments de chirurgie, a engagé plusieurs médecins de Vienne à tenter des opérations à l'aide de ce fil. Elles ont réussi, et elles ont eu l'avantage de n'occasionner qu'une légère perte de sang. »

Paris, impr. de Paul Dupont, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 45.



REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

FÉVRIER 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

De la valeur comparative de divers traitements employés contre le rhumatisme articulaire aigu, *d'après des observations recueillies dans la pratique privée ;* par **Geo.-L. Upshur,** *de Norfolk, membre de l'Association médicale américaine.*

Un médecin célèbre à qui l'on demandait ce qu'il considérait comme le traitement le plus efficace du rhumatisme articulaire aigu, répondit : *six semaines ;* manifestant ainsi clairement son opinion sur la nature rebelle de cette maladie. Cependant, tout disposé que je sois à reconnaître qu'il y a quelque chose de vrai dans cette opinion, et que le rhumatisme affecte parfois un caractère qui lui assure une juste place parmi les *opprobria medicorum*, je ne saurais admettre qu'un traitement commencé à temps et judicieusement dirigé n'ait pas le pouvoir, dans la majorité des cas, d'en alléger les souffrances ou d'en abréger la durée. Loin de là, je pense que le rhumatisme est aussi facile à dompter par un traitement bien ménagé qu'aucune autre affection d'une gravité égale.

Dans les cinq dernières années, j'ai recueilli avec soin les observations d'environ trente cas de rhumatisme articulaire aigu. En voici douze, prises au hasard, et qui suffiront pour appuyer les considérations dont je les ferai suivre.

Obs. I. — Mistriss W., âgée de 30 ans, tempérament sanguin, constitution délicate, fut prise de douleurs à l'épaule droite, le 23 septembre 1846. Le temps avait été mauvais quelques jours auparavant, et elle s'était imprudemment exposée

au froid. Je la vis le 24, et déjà toutes les grandes articulations étaient douloureuses, bien qu'il n'y eût encore que peu ou point de fièvre. — Prescript. : *poudre de Dower,* 15 *grains ; en trois paquets ; à prendre un toutes les trois heures.*

Le 25, la malade était beaucoup plus mal ; elle n'avait pas fermé l'œil de la nuit; presque toutes les jointures étaient rouges, gonflées, et le siége d'une douleur très-vive ; le pouls plein, dur, rebondissant ; le ventre resserré, la langue sale, la soif extrême, la sueur très-abondante. Désirant éviter les émissions sanguines sur un sujet si délicat, je me bornai à la potion suivante :

℞ Vin de bulbes de colchique...	ʒ jß	(6 grammes)
Magnésie calcinée..........	ʒ ij	(8 gr.)
Sulfate de magnésie.......	℥ ß	(15 gr.)
Eau de source.............	℥ iv	(120 gr.)

M.— A prendre une cuillerée ordinaire toutes les trois heures, jusqu'à purgation bien caractérisée.

A 9 heures du soir, la potion avait produit plusieurs selles copieuses, mais sans amélioration d'aucun des symptômes ; je fis une saignée de 20 onces.

Le 26, légère amélioration ; le pouls est moins plein, la sueur moins abondante, la douleur un peu calmée.—Prescript. : *sulfate de quinine,* 1/2 *gros* (2 *grammes*)*; en trois paquets ; un toutes les trois heures.*

Le 27, le soulagement était si complet que je la déclarai en convalescence, et que, à partir du 28, je cessai mes visites.

Obs. II. — Miss B., âgée de 19 ans, grosse et forte, fut prise, le 14 janvier 1847, d'un frisson suivi d'une fièvre intense, avec des douleurs métastatiques dans les articulations, et une sueur chaude et abondante. Je fus appelé dans la nuit ; jamais je n'avais vu un rhumatisme articulaire aigu aussi bien caractérisé ; jusqu'aux jointures des doigts et des orteils étaient rouges et tuméfiées. Le pouls était tumultueux, et la souffrance faisait alternativement pousser des cris ou grincer des dents à la malade. Je lui tirai 25 onces de sang, ce qui arrêta la sueur et diminua considérablement la douleur ; et je prescrivis 10 grains de poudre de Dower, à prendre en une fois.

Le 15, elle se trouva mieux, bien que souffrant encore beaucoup. — *Huile de croton, deux gouttes, à mêler avec q. s. de savon pour deux pilules ; à prendre l'une immédiatement, l'autre au bout de quatre heures, si la première n'a pas fait effet.*

Le 16, elle a pris les deux pilules qui ont procuré des selles copieuses, et a passé une nuit comparativement bonne. Elle est décidemment mieux ce matin ; les pilules ont déterminé plusieurs vomissements. — *Calomel,* 10 *grains* (50 *centigr.*)*; huile de croton, une goutte et demie, pour trois pilules ; une toutes les heures.*

Le 17, la malade touche à la convalescence. — *Poudre de Dower,* 10 *grains, à prendre le soir.*

Le 18, amélioration ; on ouvre les intestins avec l'huile de croton.

Le 19, la douleur est presque dissipée ; plus de fièvre ; l'appétit est revenu. Je prescrivis une cuillerée à bouche de la potion au colchique, trois fois par jour, pour entretenir la liberté du ventre. Le 24, la guérison était complète.

Obs. III. — M. E., âgé de 22 ans, tempérament sanguin, fut attaqué d'un rhumatisme articulaire aigu, le 16 mai 1847. Je le vis le 17 ; la douleur occupait principalement les épaules, les coudes et les poignets qui étaient rouges et gonflés Je prescrivis l'huile de croton à doses purgatives ; et ensuite le colchique, la magnésie, etc., comme dans les autres cas. Je le laissai convalescent le 19.

Le 6 août, il eut une nouvelle attaque, et fut de nouveau considérablement soulagé par l'huile de croton. La maladie, toutefois, dans le cours de deux ou trois semaines, revêtit un caractère chronique. J'administrai alors le vin de colchique et, subséquemment, l'iodure de potassium avec l'extrait liquide de salsepareille, avec un fort bon effet ; je retirai également un grand bénéfice du feu appliqué autour des jointures.

Quatre semaines après que la maladie était passée à l'état chronique, il apparut sur les membres une éruption pustuleuse, ressemblant de fort près à l'éruption de la petite vérole. La base des pustules toutefois, au lieu d'être rouge comme dans la variole, était livide et comme bigarrée, rappelant à l'esprit l'idée des pustules de la syphilis constitutionnelle. Je n'ai aucun doute qu'il n'y eût, dans ce cas, une infection syphilitique. M. E. retourna dans sa famille dans la Nouvelle-Angleterre, dans un état bien meilleur, mais non complétement guéri. Je n'en ai pas eu de nouvelles depuis.

Obs. IV. — Mistriss Wiles, jeune dame fort délicate, âgée de 25 ans, mère de deux enfants, et souffrant d'une dyspepsie confirmée, fut prise d'un rhumatisme aigu, de la forme la plus grave, le 29 mai 1847. Quand je la vis, le 30, elle offrait une fièvre intense, le pouls fréquent, sans plénitude, une sueur abondante, de la constipation, et, dans les jointures, une douleur intolérable. Je la purgeai violemment avec l'huile de croton ; et le lendemain, 31, j'administrai la poudre de jalap composé, qui eut l'effet désiré.

Le 1er juin, elle était beaucoup mieux : la fièvre, la douleur, la sueur avaient beaucoup diminué ; je me décidai à faire l'essai du colchique. Je le donnai donc sans interruption jusqu'au 8, mais sans bénéfice apparent ; je prescrivis alors la quinine à la dose de 10 grains, trois fois par jour ; elle en prit en tout 60 grains, et je la laissai guérie le 12 juin, la maladie ayant duré exactement deux semaines.

Obs. V.—Miss M., âgée de 30 ans, robuste, fut prise de frisson, le 28 mars 1848. Lorsque je la vis, toutes ses articulations étaient envahies, et il y avait à peine un muscle volontaire dans tout le corps qu'elle pût faire agir sans douleur ; la fièvre était intense, la sueur abondante, le ventre constipé.

Prescript. : ℞ Huile de croton....... 6 gouttes.
Calomel.............. grains (1 gramme 50 centig.)

Pour six pilules.

℞ Vin de colchique....... ʒ j (4 gr.)
Magnésie calcinée...... ʒ ij (8 gr.)
Sulfate de magnésie.... ʒ iij (12 gr.)
Eau de source......... ℥ iv (120 gr.)

Je fis prendre l'une des pilules immédiatement, recommandant, dès qu'elle aurait fait son effet, de commencer l'usage de la potion et d'en prendre une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

A ma visite du lendemain matin, je fus alarmé de son état. Elle était excessivement faible, pâle ; les extrémités froides et ridées, des selles sanguinolentes toutes les dix minutes, et chaque selle accompagnée de violentes épreintes et de ténesme. Tout l'abdomen était sensible à la pression ; il y avait des nausées ; le pouls était fréquent et faible. Néanmoins, avec tout cela, *elle n'avait pas même un reste de rhumatisme, et pouvait mouvoir ses membres en tous sens sans le moindre inconvénient.*

Après un examen attentif, je m'assurai que sa nourrice, femme indifférente et

inattentive, avait confondu mes recommandations et donné les pilules au lieu de la potion, dans l'ordre où j'avais prescrit celle-ci, savoir : une pilule toutes les trois heures. La malade avait pris ainsi 6 gouttes d'huile de croton et 30 grains de calomel en dix-huit heures, et, conséquence toute naturelle, avait été purgée presque jusqu'à la mort. Ce qu'il y a seulement de surprenant, c'est qu'elle ne fût pas morte avant ma visite. Elle se rétablit lentement des suites de cette hyperpurgation, et elle n'a pas ressenti de douleurs rhumatismales jusqu'à ce jour.

Obs. VI.—Frances B., âgée de 12 ans, tempérament lymphatique, fut atteinte le 23 septembre 1848 d'un rhumatisme articulaire aigu très-prononcé; les articulations supérieures étaient principalement affectées, mais la maladie montrait une tendance décidée à la métastase. Je prescrivis :

℞ Huile de croton.......	goutte j.
Calomel.............	grains v.

M. à prendre immédiatement.

Le lendemain, amélioration marquée de tous les symptômes. — *Sulfate de quinine, grains* xxx, *en quatre paquets ; un toutes les deux heures.*

Le 26, la malade était assez bien pour quitter le lit, et je cessai mes visites.

Obs. VII. — Le 3 octobre 1848, je fus appelé près de M. W., âgé de 46 ans. Il avait eu une santé chancelante un ou deux ans auparavant, souffrant alors d'un ulcère chronique à la jambe gauche. Depuis plusieurs jours il ressentait des douleurs rhumatismales aiguës dans les épaules et le dos du cou. Il avait d'ailleurs très-peu de fièvre, avec le ventre constipé.—*Prescr. : une cuillerée à bouche de la potion de colchique, toutes les trois heures.*

Le lendemain, il souffrait davantage; je le purgeai avec l'huile de croton; et répétai cette purgation le 6 et le 8. Le 9, je le trouvai complétement guéri.

Dans une attaque subséquente, je lui administrai la décoction de *May-Apple* (*Podophyllum*) qui détermina des selles copieuses et lui apporta beaucoup de soulagement (1).

Obs. VIII. — Saw-William-S., âgé de 40 ans, fut pris le 11 octobre 1848 de fièvre, avec constipation et douleur, rougeur et gonflement de toutes les grandes articulations.—*Prescr. : huile de croton, 2 gouttes à prendre en une fois.*

Je renouvelai la dose le lendemain, et le 13 il était si bien qu'il n'eut pas besoin d'autre traitement.

Obs. IX. — Hubert S., jeune homme athlétique et de tempérament sanguin, tomba malade le 28 novembre 1848. Trois ans auparavant, il avait eu une attaque de rhumatisme qui l'avait tenu au lit quatre semaines. Quand je le vis, le cou-de-pied et le genou seuls étaient très-douloureux, avec des douleurs de temps à autre dans les épaules. Peu de fièvre, point de sueurs. Je donnai l'huile de croton comme dans les cas précédents, en répétant la dose le lendemain. Les symptômes disparurent entièrement, à l'exception d'une légère douleur avec roideur dans le cou-de-pied droit. Je prescrivis alors 5 grains d'iodure de potassium, à prendre quatre fois par jour dans une infusion de houblon; et sous l'influence de ce traitement la guérison s'acheva dans une dizaine de jours.

---

(1) *Podophyllum peltatum ;* plante américaine dont la racine, grosse comme le doigt, et à la dose de 1 gramme, est, dit-on, un excellent purgatif (*Dorvault*).

Obs. X. — John M. fut pris d'une attaque violente le 8 décembre 1848. C'était un homme bien charnu, musclé, et les douleurs étaient excessives. Je lui donnai l'huile de croton à la dose ordinaire ; et après, 8 grains de sulfate de quinine toutes les heures jusqu'à ce qu'il en eût pris 40 grains. Il était complétement guéri le 10, et il n'y a pas eu de récidive.

Obs. XI. — Mistriss F., âgée de 26 ans, mariée récemment, faible et anémique, tomba malade le 18 janvier 1850. La douleur était sujette à se déplacer, mais bornée principalement aux articulations supérieures. Elle fut purgée largement avec l'huile de croton tous les jours jusqu'au 21 ; alors je fis la prescription suivante :

♃ Mass. hydrarg........	grains	xx.
Sulfate de quinine....	ʒ	ß.

Pour 8 pilules ; à prendre une toutes les deux heures.

Le 24, je la purgeai de nouveau avec l'huile de croton, et la renvoyai guérie le 26.

Obs. XII.—Mistriss Fanny, âgée de 36 ans, était affectée de dyspepsie depuis plus d'une année. Environ dix jours avant que je la visse, elle avait été prise d'une douleur considérable dans les épaules, la partie postérieure du cou, et les côtés de la poitrine ; avec constipation et un léger mouvement fébrile. Appelé le 18 mars 1850, je lui donnai alternativement tous les jours, 1 goutte d'huile de croton et 15 grains de quinine, pendant quatre jours. Elle prit alors tous les soirs 10 grains de poudre de Dower, suivis d'une goutte d'huile de croton le matin, jusqu'au 24 mars, où je la renvoyai guérie.

Dans tous ces cas, comme on peut le voir, la durée moyenne de la maladie a été de cinq jours et demi ; la plus longue a été de quatorze jours, la plus courte de deux jours.

L'*huile de croton* a été employée dans 11 cas ;

Le *colchique* dans 6 ;

La *quinine* dans 6 ;

La *saignée* dans 2 ;

L'*iodure de potassium* dans 2.

Je désire dire un mot sur chacun de ces agents.

L'*huile de croton* employée comme purgatif dans le rhumatisme aigu, est pour moi un agent de la plus haute importance. Les purgatifs ont toujours tenu le premier rang dans le traitement de cette maladie ; mais je suis disposé à croire que l'efficacité de l'huile de croton ne tient pas uniquement à ses propriétés purgatives, mais qu'elle a une autre influence plus puissante et qui paraît toute spéciale ; en effet d'autres purgatifs, qui agissent aussi énergiquement et aussi vite, qui déterminent des selles aqueuses toutes pareilles, ne produisent cependant pas un égal soulagement. Je ne dirai pas que ce soit un *spécifique*, attendu que je ne suis pas un partisan de la doctrine des spécifiques en médecine ; cette doctrine, à mon sens, ayant plus entravé les progrès de l'art que toutes les manœuvres des charlatans déclarés dans le demi-siècle qui vient de s'écouler. Tout ce que je tiens à établir, c'est qu'après un essai consciencieux, sur un certain nombre de cas observés

avec soin, et dans des circonstances qui admettent à peine la possibilité d'une erreur, je suis arrivé à conclure que l'huile de croton est le meilleur des remèdes simples qu'on puisse opposer au rhumatisme; et je demeure convaincu qu'elle mérite aussi justement le titre de *spécifique* contre cette maladie, que la quinine contre les fièvres miasmatiques. Je ne parle point du rhumatisme chronique, ni de celui qui résulte d'une infection syphilitique; mais bien du rhumatisme articulaire aigu.

Dans les 11 cas où l'huile de croton a été administrée, ses bons effets ont été d'une évidence palpable; mais surtout dans les observations 5, 6, 8, 10, 11 et 12.

Le docteur Wm. A. Thom, médecin habile du comté de Northampton, à qui je suis redevable des premières données sur la valeur de cet agent dans le rhumatisme articulaire, m'informe que depuis environ deux ans il l'a administré dans plusieurs cas graves, et toujours avec succès.

Le *colchique* a constamment trompé mon attente. Dans les observations 1, 4, 7, je l'ai donné à assez haute dose, et bien qu'il ait déterminé invariablement une purgation, il ne s'en est pas suivi de soulagement pour les malades. Dans le rhumatisme chroniqu·, je crois en avoir retiré quelquefois de très-bons résultats; mais dans le rhumatisme aigu, *jamais*. Il se peut que j'aie été assez malheureux pour m'être servi toujours d'une préparation inférieure; mais que ce soit ce motif ou un autre, l'impression qui m'est restée est celle-ci, que quand le malade est traité par le colchique, l'effet en sera tout juste le même que si on lui appliquait les *six semaines* du docteur Warren.

Je placerais la *quinine* à côté de l'huile de croton dans le traitement du rhumatisme. Qu'elle soit décidément *sédative* à hautes doses, c'est ce qu'il est impossible de nier, et c'est pourquoi on peut l'administrer durant la période fébrile; donnée après la saignée, dans les cas fortement inflammatoires, ou encore après une purgation énergique avec l'huile de croton, elle a produit entre mes mains les plus heureux résultats. Je n'ai jamais donné à un adulte une dose plus faible que 10 grains (50 centigr.) répétés trois ou quatre fois par jour; une moindre dose pourrait être plutôt nuisible qu'utile. Elle est particulièrement indiquée dans les cas où les sueurs sont très-abondantes.

Il m'a paru que la *saignée* n'avait pas d'effet *curatif* direct dans le traitement du rhumatisme. Chez les sujets robustes, lorsque la fièvre est intense, les douleurs excessives, le pouls plein et rebondissant, elle est utile, à mon sens, pour calmer rapidement la circulation surexcitée, et placer ainsi l'économie dans une condition meilleure pour répondre à l'action des vrais agents curatifs. Il est vrai que la saignée est un des plus puissants antiphlogistiques, et que le rhumatisme, dans sa forme aiguë, présente des indices irrécusables de sa nature hautement inflammatoire; mais néanmoins depuis longtemps il a été reconnu pour une inflammation *sui generis;* et je pense, qu'il s'y joint beaucoup trop de *névralgie* pour justifier l'usage héroïque de la lancette si chaudemen

préconisé par Bouillaud. Les émissions sanguines locales ne m'ont jamais rendu le moindre service, excepté lorsque la maladie était bornée à une seule articulation, *sans disposition à la métastase*.

Quand la maladie prend la forme chronique, ou bien encore quand il existe une diathèse scrofuleuse ou une infection syphilitique, aucun remède ne vaut *l'iodure de potassium*. J'en prescris d'ordinaire 5 grains, répétés quatre fois par jour, dans une infusion de houblon ; en entretenant tous les jours la liberté du ventre soit avec les gouttes noires, soit avec tout autre cathartique. J'ai rarement vu les cas les plus obstinés refuser de céder à ce mode de traitement.

Dans la deuxième attaque de l'observation VII, un soulagement presque immédiat suivit une purgation copieuse déterminée par une décoction de May-Apple (Podophyllum). Mais il serait tout à fait illogique, surtout dans une science aussi incertaine que la thérapeutique, de tirer une conclusion générale d'une observation isolée ; et je ne me hasarderai pas à recommander ce moyen avant d'y être autorisé par de nouveaux essais. Je n'en ai fait mention que parce que cela était nécessaire pour la complète exactitude de l'observation ; et j'ajouterai seulement qu'il est considéré comme un *spécifique* contre le rhumatisme par tous les vieux *négro-docteurs* de cette partie du pays (1).

Quelques mots sur l'angine aiguë, et sur son traitement au moyen de l'acétate de plomb cristallisé. *Efficacité de ce remède employé comme adjuvant dans les chancres de l'arrière-bouche, et comme moyen curatif dans les cystites chroniques;* par M. le Dr **Rul-Ogez**, d'Anvers.

Les angines catarrhales aiguës de la gorge sont des maladies fréquentes dans les contrées basses et humides de nos latitudes, en automne, lorsque les variations brusques de température combinées avec l'humidité favorisent le développement des affections catarrhales. Propagées par un principe morbide particulier, elles règnent parfois d'une manière épidémique.

Le diagnostic de cette maladie se fait facilement par l'inspection de la gorge, en abaissant la langue au moyen d'une spatule. Dans l'angine tonsillaire, il est particulièrement important pour le pronostic de distinguer si l'on traite une simple inflammation de la membrane muqueuse qui recouvre les amygdales, ou s'il existe en même temps une phlogose du tissu cellulaire entourant et pénétrant la glande, ou bien enfin si le tissu glandulaire lui-même est enflammé. C'est dans cette dernière occurrence surtout, que l'on rencontre ces énormes distensions des tonsilles, qui vont jusqu'à obstruer le gosier et donner lieu à des symptômes de suffocation et de congestion cérébrale.

(1) *The med. Examiner ; Philadelphia.*

Lorsque la membrane muqueuse seule est malade, il n'y a qu'une rougeur plus ou moins vive avec peu ou point de gonflement; mais ce dernier état est prononcé lorsque le tissu cellulaire sous-jacent participe à l'inflammation. Quand les amygdales sont atteintes en même temps, on peut toujours, au moyen du toucher, reconnaître leur engorgement à l'extérieur sous les angles externes de la mâchoire inférieure.

Dans toutes les angines aiguës de la gorge, il y a plus ou moins de rougeur, de chaleur et de gonflement, avec sécheresse de la gorge au début, suivie plus tard de sécrétion muqueuse plus ou moins abondante. La douleur est toujours fort grande pendant la déglutition, laquelle ne s'opère souvent qu'avec la plus grande difficulté. La maladie, qui parfois ne se prolonge pas au delà d'un jour ou deux, peut durer jusqu'à deux septénaires et davantage. Elle se termine le plus ordinairement soit par résolution, soit, lorsque le tissu cellulaire participe à l'inflammation, par des abcès. C'est lorsque le mal se termine par suppuration des amygdales que l'on remarque spécialement cette grande difficulté de la déglutition, accompagnée de douleurs atroces et du rejet des liquides par les narines.

Quelque pénible que soit dans l'espèce la fonction de la déglutition, il existe un moyen fort simple de faire avaler au malade, presque sans douleur, c'est de lui comprimer fortement les oreilles au moyen de la paume de la main; voici comment on peut expliquer cet effet bienfaisant. En pressant sur l'oreille, on comprime également et l'on paralyse ainsi momentanément le nerf trifacial, et, par suite, la branche de ce nerf qui va se distribuer dans le pharynx en donnant des filets au voile du palais, aux tonsilles, ainsi qu'aux muscles qui naissent de l'apophyse styloïde, tels que le stylo-pharyngien, et fournissant des anastomoses au ganglion cervical supérieur, au nerf glosso-pharyngien et au nerf pharyngé supérieur. Ces ramifications multipliées d'une branche du nerf trifacial dans le pharynx, font comprendre comment la compression de ce nerf peut calmer les souffrances que la déglutition fait éprouver au malade dans l'angine tonsillaire.

On ne saurait nier que l'angine tonsillaire aiguë, quoique compromettant rarement l'existence, ne soit une maladie des plus gênantes et des plus douloureuses; aussi s'est-on évertué à trouver un moyen capable d'enrayer la marche quelquefois lente de cette maladie. Il n'est guère que les néophytes en médecine qui aient recours dans cette maladie à l'application de sangsues aux angles de l'os maxillaire inférieur, suivies d'applications de cataplasmes émollients, attendu que tous les praticiens un peu expérimentés ont vu que les sangsues ne produisaient qu'une débilitation inutile et ne s'opposaient pas à l'accroissement du volume des amygdales. Tout au plus voit-on ces annélides procurer parfois un amendement de quelques heures dans la douleur. Quant aux cataplasmes, ils m'ont toujours semblé favoriser la tuméfaction des amygdales, et ils ont l'inconvénient grave de provoquer à la région tonsillaire externe du col une température humide, variable, chaude au

moment où l'on applique les cataplasmes, lesquels sont maintenus difficilement en contact par suite des mouvements de la mâchoire inférieure, ce qui les fait refroidir promptement. Aussi ai-je depuis bien des années renoncé aux cataplasmes. Je préfère faire entourer le col d'une écharpe en laine, en flanelle, en mérinos ou en coton, qui présente l'avantage d'entretenir constamment autour du cou une température uniforme, un peu élevée, et de déterminer une transpiration continuelle éminemment favorable à la guérison.

Bien des moyens ont été préconisés pour être appliqués localement en gargarismes dans les angines tonsillaires aiguës; mais leur multiplicité même suffit pour établir combien on est encore éloigné d'avoir rencontré un remède jouissant d'une véritable et prompte efficacité curative. J'ai essayé successivement tous les remèdes recommandés contre cette maladie; tous m'ont paru peu avantageux, surtout pour éviter la suppuration tonsillaire. Mais les plus mauvais d'entre eux sont les acides en gargarismes, qui ont l'inconvénient de sécher la gorge et d'augmenter les difficultés de la déglutition, par suite de l'agacement des nerfs gutturaux; aussi est-on très-souvent appelé peu de temps après que le malade a commencé à faire usage d'un gargarisme vulgairement employé, composé de miel et de vinaigre, dont le résultat le plus fréquent est d'aggraver le mal.

Parmi les moyens recommandés dans ces derniers temps contre l'angine tonsillaire aiguë, je ne saurais, à cause de leur singularité, passer sous silence les deux suivants : En premier lieu, la poudre de gaïac à hautes doses. M. Morris, médecin d'York, à l'exemple du docteur Bele de Barrhead, en fait avaler jusqu'à une demi-once par jour avec le plus grand succès, à ce qu'il dit. J'ignore s'il emploie dans ce but la compression des oreilles, mais il me paraît que ce serait ici le cas; je n'ai du reste jamais expérimenté ce traitement.

En second lieu, le remède préconisé par M. Van Ryn, chirurgien à Vladsloo (1) et qui consiste à faire avaler au malade, matin et soir, une cuillerée de vinaigre des quatre voleurs (acetum antisepticum). Si ce remède est aussi efficace que le soutient l'auteur, je ne m'explique pas autrement son action qu'en faisant avorter l'angine à son début en produisant une violente irritation de l'estomac, qui à la vérité peut disparaître par délitescence, mais qui aussi dans certains cas peut être suivie d'accidents graves. Quoi qu'il en soit, je n'ai jamais fait usage de ce procédé thérapeutique; toutefois, je puis affirmer qu'il y a quelques années, une jeune fille d'ici but environ deux cuillerées de vinaigre ordinaire non frelaté pour étancher sa soif, que peu d'instants après elle fut prise de grands maux d'estomac, et qu'elle mourut dans la nuit suivante; j'en fis l'autopsie avec mon confrère le docteur Vergouts, et nous trouvâmes une épouvantable phlogose de l'estomac, couleur lie de vin, avec ramollissement de la muqueuse. Cet exemple suffirait pour m'em-

(1) *Annales de la Société de Médecine d'Emulation de la Flandre occidentale.*

pêcher de suivre le procédé de M. Van Ryn, quand bien même je ne connaîtrais pas, dans l'espèce, les inconvénients des acides, et en outre un meilleur procédé thérapeutique.

Après avoir eu recours dans l'angine tonsillaire aiguë à un grand nombre de gargarismes différemment combinés, sans en obtenir de résultats avantageux soutenus, j'ai été conduit à essayer l'acétate de plomb cristallisé, par les bons effets obtenus de ce moyen dans les ophthalmies catarrhales aiguës, et par analogie des tissus malades dans les deux affections. Je n'ai pas tardé à me convaincre que ce moyen produisait des effets merveilleux, et que c'était bien là le remède spécifique pour guérir promptement, sûrement et doucement l'angine tonsillaire la plus aiguë, *citò, tutò et jucundè.* Il y a plus de dix ans que je l'emploie, à l'exclusion de tout autre, dans cette maladie ; et je dois dire que constamment il m'a rendu des services éminents.

J'ai donc pensé que le moment était venu de livrer ce procédé à la publicité.

Voici la formule que j'ai adoptée pour son usage : cinq onces d'eau distillée, une demi-once de gomme arabique, six à dix grains d'acétate de plomb cristallisé, une once de sirop simple. Cette mixture est parfaitement claire et sans précipité ; elle ne l'est pas si on substitue l'eau ordinaire à l'eau distillée.

Le malade se gargarise toutes les heures avec ce moyen, qui n'a rien de désagréable et ne présente d'autre inconvénient que de noircir parfois un peu la langue. Dans les intervalles, je recommande le gargarisme préconisé par nos ancêtres, c'est-à-dire, la décoction de carottes, et quelquefois un purgatif. Je n'ai jamais dépassé la dose de deux grains d'acétate de plomb cristallisé par once de liquide, et cependant lorsque la maladie est prise au début, elle se trouve ordinairement enrayée au bout de 24 ou 36 heures ; mais lorsqu'elle a déjà acquis une violente intensité, il faut quelquefois deux ou trois jours d'usage du remède avant que la guérison ne soit accomplie. Ce n'est pas comme astringent que la préparation saturnine agit dans cette circonstance, c'est comme antiphlogistique, résolutif et hyposthénisant. Depuis que j'emploie cette médication dans les angines gutturales aiguës, ces maladies, que ci-devant je rencontrais assez souvent sous des formes redoutables et fréquemment lentes et insidieuses, sont devenues pour moi des affections éphémères, et les suppurations tonsillaires tellement rares que je puis presque dire que je n'en rencontre plus. Plusieurs de mes clients, qui ci-devant avaient périodiquement une angine tonsillaire des plus douloureuses avec formation d'abcès, ont réussi depuis plusieurs années à prévenir toute récidive en faisant usage de ce gargarisme au moindre indice d'angine.

Lorsque les sujets atteints d'angines gutturales sont trop jeunes pour pouvoir se gargariser, je fais tremper un tampon de linge dans la solution saturnine, pour en humecter le gosier toutes les heures. La dose du sel saturnin est trop faible pour que le passage dans les

premières voies d'une petite quantité de gargarisme puisse offrir quelque inconvénient.

Lorque je suis appelé trop tard, que l'angine tonsillaire a duré déjà plusieurs jours, que la violence des symptômes, le gonflement et la rénitence des tonsilles, la douleur lancinante et pulsative, l'empâtement sous-maxillaire externe et les frissons dorsaux fébriles me dénotent qu'il y a formation d'abcès; je suspends le gargarisme saturnin, et j'emploie un gargarisme maturatif composé de six onces d'eau de pluie, de deux gros de gomme arabique, d'une demi-once de crème de tartre rendue soluble par la coction avec le borax, d'une demi-once de moutarde commune et d'une once de sirop de mûres. Ce gargarisme conduit ordinairement la suppuration à maturité au bout de 24 ou 36 heures, et rarement on est obligé de recourir à la ponction des amygdales ou au vomitif pour provoquer l'évacuation du pus, qui ordinairement se fait spontanément.

Mais dès que cette évacuation a eu lieu, je m'adresse de nouveau à mon gargarisme saturnin, lequel met promptement fin au reliquat de cette affection, qui sans cela se prolonge encore parfois pendant plusieurs jours, ou passe d'une amygdale à l'autre.

Tel est le traitement de l'angine gutturale, que j'ose recommander avec confiance à mes confrères ; car depuis plus de dix ans il m'a procuré des résultats si constamment avantageux, que je n'hésite pas à considérer l'acétate de plomb cristallisé comme le remède spécifique dans cette maladie.

Il n'en est plus de même dans les angines chroniques de l'arrière-bouche, où les gargarismes alumineux sont si efficaces; ni dans les angines pharyngées folliculeuses, dans lesquelles le nitrate d'argent en gargarisme, un demi-grain par once d'eau distillée, jouit d'une vertu curative remarquable. Toutefois, dans les chancres de la gorge, le gargarisme saturnin reprend son efficacité. Combiné avec le traitement antisyphilitique, il produit, comme adjuvant local, des effets curatifs prompts et incontestables.

Outre les angines aiguës de l'arrière-bouche, il est une autre maladie plus grave et plus sérieuse, dans laquelle l'usage de l'acétate de plomb cristallisé m'a procuré des guérisons remarquables : je veux parler de la cystite chronique.

J'ai eu dans ces derniers temps, trois cas de cette maladie à traiter, et je dois attribuer trois guérisons à l'usage de l'acétate de plomb cristallisé en injections dans la vessie. Voici très-succintement ces trois observations.

Obs. I. — Mme N.... est âgée de cinquante ans environ. Depuis plus de six mois elle est atteinte d'une cystite chronique, caractérisée par des douleurs dans le bas-ventre, le besoin fréquent d'uriner, l'émission d'une petite quantité d'urine à la fois avec strangurie ; dès que l'urine a reposé, il s'y forme un dépôt composé de pus, qui constitue environ la moitié du liquide.

La malade est atteinte de temps en temps d'un accès de fièvre qui offre les

trois périodes de froid, de chaud et de sueur bien caractérisées; elle a fait usage de diverses médications, et se trouve fort affaiblie. Je lui fais pendant environ cinq semaines et de jour à autre des injections froides dans la vessie avec six onces d'eau distillée, une demi-once de gomme arabique et dix grains d'acétate de plomb cristallisé ; chaque fois la quantité d'une à deux onces, que je laisse séjourner cinq à dix minutes dans la vessie. Au bout de ce temps, l'urine était devenue parfaitement normale et la guérison complète, sans s'être démentie depuis plus de trois ans.

Obs. II. — M. W..., âgé de plus de cinquante ans, est atteint depuis environ quinze ans d'une cystite chronique qui a résisté à de nombreux traitements ; il offre les mêmes symptômes que la malade précédente, seulement les trois quarts de son urine se composent de pus sanguinolent. L'état du malade est des plus misérables, et les accès de fièvre sont plus fréquents. Trente injections faites en moins de deux mois, avec la mixture saturine, m'ont fait obtenir une guérison qui persiste depuis plus de deux ans.

Obs. III. — Mme D..., âgée de plus de trente ans, atteinte depuis plusieurs années d'une strangurie chronique dont on n'était pas parvenu à la débarrasser, contracta au printemps de l'année 1850, une violente cystite aiguë, qui compromit son existence ; après plusieurs semaines de traitement, elle parvint néanmoins à se relever. Mais l'affection vésicale passa à l'état chronique avec strangurie et dépôt de pus d'un tiers environ du liquide émis, quelquefois accompagné de sang ; faiblesse extrême, émaciation, dyspepsie, fréquents accès de fièvre prolongés, irritabilité nerveuse intolérable. Le malade a consulté une des sommités médicales de notre pays, lequel n'a pu cacher à la famille les craintes que lui inspirait l'issue de cette maladie.

Dans le courant de l'été dernier je soumis le malade aux injections saturnines, d'abord de jour à autre, puis plus éloignées à mesure que l'amélioration se prononça. Au bout de trois mois de ce traitement, j'obtins une guérison à peu près complète, attendu que de ce cortége de symptômes formidables il n'est resté qu'un besoin un peu plus fréquent d'uriner, mais indolore, avec urines naturelles.

Le malade a repris ses forces, son appétit, son embonpoint et son enjouement ordinaires. Au printemps dernier, cette dame fut surprise dans la rue par une pluie froide et eut les jambes mouillées. Cette cause détermina une légère rechute de cystite aiguë, mais que je suis parvenu à enrayer au bout de peu de jours sans injections ; et jusqu'aujourd'hui sa santé se soutient parfaitement.

Ces trois observations me paraissent encourageantes en faveur de la méthode curative que j'ai mise en usage, et je me promets bien de la continuer dès que j'en aurai l'occasion.

Toutefois je crois être dans le vrai en disant dès à présent que l'acétate de plomb cristallisé, qui se montre si efficace dans les granulations palpébrales, est un remède bien précieux dans diverses affections de l'origine des muqueuses accessibles à cette médication, et dont l'efficacité n'a pas été appréciée jusqu'ici à sa juste valeur (1).

---

(1) *Annal. de la société de médecine d'Anvers.*

CHIRURGIE.

Du signe stéthoscopique du décollement du placenta ; par M. Caillault, *D.-M.-P., interne des hôpitaux de Paris* (1).

Pendant le cours du mois de mars 1850, m'occupant d'auscultation obstétricale, j'avais résolu d'ausculter l'utérus immédiatement après l'accouchement, afin de constater quels sont les rapports entre la cessation du bruit de souffle (*dit* placentaire, abdominal ou utérin, suivant les principales théories) et l'expulsion du placenta. En faisant ces recherches, le hasard m'a fait rencontrer, aussitôt après l'accouchement, un bruit toujours identique et parfaitement caractérisé, que j'ai cru devoir appeler *signe stéthoscopique du décollement placentaire*. Tout le reste de l'année de mon séjour à l'hôpital Beaujon, j'ai recherché avec empressement l'occasion de pratiquer des accouchements, et tous ceux auxquels j'ai pu assister m'ont laissé retrouver ce phénomène accompagné des mêmes circonstances qui, de plus en plus, sont venues me confirmer dans l'opinion où je suis que ce bruit n'est causé que par la rupture des innombrables fibrilles vasculaires communes à la fois au placenta et à l'utérus. Ce bruit, que j'entendais pour la première fois, et dont je ne trouvais nulle part, dans les traités d'auscultation obstétricale, le plus léger indice, me surprit étrangement. Aussi, pour m'assurer qu'il n'était produit exclusivement que par le décollement seul du placenta, j'eus le soin de pratiquer souvent l'auscultation médiate sur des utérus, pendant presque toute la durée du travail. J'ai pu, par conséquent, vérifier par moi-même, pendant ces longues heures, tout ce que les auteurs ont décrit sur la manière dont se comporte le souffle *abdominal* pendant les contractions utérines, et pendant leurs intervalles, ainsi que les bruits du cœur fœtal, et de plus le périodique *bruissement rotatoire* produit dans les violentes contractions utérines. L'enfant venant d'être expulsé hors des parties génitales, si la région hypogastrique est immédiatement auscultée à l'aide du stéthoscope, on entend au loin, dans l'abdomen, un bruit plus ou moins intense de gargouillement, causé par la circulation de gaz intestinaux ; puis, après environ deux, trois ou quatre minutes d'attente, il se produit quelques craquements sonores ; au même instant, l'utérus revient sur lui-même, et, fortement contracté, il fait une saillie très-variable, selon les individus, à la région sus-pubienne.

Ces premiers craquements sont bientôt suivis d'autres plus distincts encore et plus rapprochés.

Par leur intensité et leur abondance, ils correspondent exactement

(1) Nous extrayons ce travail très-remarquable de la *Thèse inaug.* de l'auteur ; Paris, 1852.

à la contraction utérine, avec laquelle ils commencent, s'accroissent, puis cessent complétement.

Si, n'abandonnant point le stéthoscope, l'observateur attend encore quelques minutes, de nouveau, de légers craquements se font entendre, précédant quelque peu la rigidité complète du globe utérin, ainsi que son apparition sous la paroi abdominale; bientôt, ce bruit atteint son maximum, puis diminue, et il disparaît, soit alors avec la contraction utérine elle-même, soit seul, si cette dernière persiste indéfiniment, comme cela arrive quelquefois.

Ce bruit ne ressemble en rien à celui produit par les gaz intestinaux mis en mouvement par l'agitation vermiculaire des intestins; il ne rappelle que d'une manière éloignée le râle crépitant sec, dont il diffère beaucoup, tant par son intensité plus grande que par ce caractère qu'il présente au plus haut degré, celui d'être *solidien*, si je puis me servir de cette expression, et non pas d'être produit par l'agitation d'un liquide dans un milieu gazeux. On pourrait s'en faire une idée grossière, soit en promenant ses ongles en travers sur la paille d'une chaise, soit encore en grattant la face profonde d'un traversin, sur lequel on aurait préalablement appuyé l'oreille.

Voilà, en quelques mots, sa manière d'être touchant son intensité et son timbre; mais il présente quelques particularités constantes touchant ce qu'on pourrait appeler son rhythme. Ainsi, constamment il se produit à la première contraction utérine qui suit l'accouchement pour disparaître avec elle; et, le plus souvent, il se montre encore à la deuxième, et quelquefois même au commencement de la troisième.

Chaque fois qu'il apparaît, on peut l'entendre commencer, faible d'abord, puis il devient intense et serré, pour s'affaiblir et disparaître aussitôt.

Il est possible de comparer cette manière de se produire à ce qui se passe dans une inspiration lente, mais profonde, chez un malade au premier degré d'une pneumonie superficielle et étendue.

Pour m'assurer également que ce bruit ne se produisait qu'à un instant donné, pendant l'acte de la délivrance, il m'a fallu ausculter l'abdomen pendant un assez long temps, après l'expulsion complète de l'arrière-faix. Maintes fois, je suis resté attentif pour percevoir quelque chose qui ressemblât à ce signe; je n'entendais désormais que le ruissellement du sang qui s'écoulait abondamment de l'utérus, d'une façon plus ou moins rapide.

Après avoir acquis la certitude que ce bruit n'avait qu'une durée très-brève, et qu'il ne se montrait que pendant les premières contractions utérines qui suivent l'accouchement, je recherchai quelle relation il existait entre ce phénomène et l'apparition du placenta sur le col ou dans le vagin. Je dois dire que jamais il ne m'est arrivé d'entendre ce signe stéthoscopique, sans qu'aussitôt je n'aie rencontré le placenta libre de ses adhérences.

Dès lors, apercevant une étroite liaison entre la production du bruit

et le décollement du placenta, je crus pouvoir, sans danger, exercer quelques tractions sur le cordon ombilical (tout en auscultant la région hypogastrique), pendant l'espèce de repos qui succède à la première contraction utérine, après la sortie de l'enfant ; en un mot, après la première bouffée des craquements.

Je ne fus nullement étonné d'entendre, en même temps que les tractions s'opéraient, des craquements de même nature ; mais avec cette particularité qu'ils cessaient, se renouvelaient à volonté, selon les mouvements de traction ou de relâchement que j'exerçais sur le cordon.

Toutefois, ces manœuvres avaient ordinairement pour résultat de provoquer plus promptement l'apparition de la deuxième ou troisième contraction utérine, qui venait habituellement terminer la scène. En effet, de nouvelles tractions ne déterminaient alors aucun bruit particulier, et n'avaient d'autre résultat que d'amener au dehors l'arrière-faix. Malgré l'importance du fait clinique, qui paraît démontrer que ce phénomène est intimement lié au décollement du placenta, il n'en est pas moins utile d'examiner les conditions physiques auxquelles peut se rattacher la production de ce bruit, afin de ne pas conclure précipitamment sur la signification séméiotique de ce nouveau signe stéthoscopique, ou au moins d'en méconnaître la valeur physiologique.

Rappelons d'abord que ce bruit ne se produit habituellement que dans les instants qui suivent la parturition. Or, quel est, après l'accouchement, le fait important qui se passe dans l'utérus, autre que le décollement placentaire? En effet, à part ce phénomène, l'utérus revenu sur lui-même se trouve dans des conditions identiques à celles qu'il offrait avant l'accouchement ; il se contracte presque aussi énergiqnement sur l'arrière-faix que sur le fœtus.

Néanmoins, dans le cours du travail, surtout au moment où la tête parvient à vaincre la résistance que lui offre le périnée, c'est-à-dire à l'instant où les contractions utérines ont acquis leur plus grande puissance et leur plus grande énergie, jamais je n'ai rencontré quelque chose qui pût être comparé au bruit que j'essaie de décrire. Peut-être sera-t-on tenté de croire que les bruits de déchirement, que j'ai déjà si souvent constatés pendant la délivrance, n'étaient rien autre que des bruits musculaires. Je dois répondre que fréquemment j'ai cherché à étudier, dans des conditions différentes, ces bruits musculaires, indiqués pour la première fois par Grimaldi, et mieux décrits ensuite par MM. Wollaston et Erman.

Pour montrer combien le bruit de décollement du placenta diffère de celui produit par la contraction musculaire, je ne saurais mieux faire que citer textuellement quelques-unes des recherches auxquelles Laennec s'est livré sur ce sujet, et quelles ont été ses conclusions.

« Toutes les fois, dit-il, qu'on applique l'oreille nue ou armée du stéthoscope sur un muscle en contraction, et mieux encore sur une des extrémités de l'os auquel s'attache ce muscle, on entend un bruit analogue à celui d'une voiture qui *roule dans le lointain*, et qui, quoique

continu, est évidemment formé par une succession de bruits très-courts et très-rapprochés, etc. »

Enfin, Laennec conclut : « 1° que la contraction musculaire est accompagnée, dans la plupart des cas, d'un bruit de rotation, c'est-à-dire formé par la succession de sons intermittents ou rémittents tellement rapprochés qu'ils se *confondent;* 2° que les circonstances où ils n'existent pas ne peuvent encore être déterminées qu'expérimentalement ; 3° que la puissance de la contraction musculaire, considérée soit absolument, soit relativement à l'individu, ne paraît être pour rien dans la production ou l'intensité de ce bruit. »

J'ai trouvé également que l'intensité du bruit de rotation n'était proportionnée ni au volume ni à la longueur des muscles ou de leurs tendons, que ce bruit n'accompagne pas la roideur cadavérique, qu'il n'a pas lieu dans le moment où l'on détruit cette roideur, en étendant avec force les muscles roidis, ni dans les mouvements que l'on imprime ensuite aux membres du cadavre ; qu'il n'existe pas dans la contracture permanente et chronique des membres, etc., etc.

Néanmoins, toutes les fois que j'ai ausculté l'utérus pendant les douleurs si violentes de la fin du travail, il m'a semblé que le bruissement rotatoire prenait alors une intensité plus grande en rapport avec l'énergie croissante des contractions utérines ; mais l'opinion contraire si imposante de Laennec doit nous faire nous demander si, au moment de ces douleurs expultrices, la contraction de tous les muscles abdominaux, venant s'ajouter à celle de l'utérus, n'entrait pas pour une certaine part dans l'augmentation de ce bruit d'agitation fibrillaire.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce phénomène de la contraction musculaire ; nous ne ferons que rappeler seulement combien ce bruissement sourd et peu intense ressemble exactement à celui produit par une voiture roulant au loin sur un plan solide, et combien il diffère du bruit de déchirement si clair et si éclatant qui nous occupe, et avec lequel on ne pourra jamais le confondre.

Le sang qui s'écoule, soit des sinus utérins, soit des déchirures plus ou moins considérables du col, ne peut réellement jamais, dans quelques circonstances que ce soit, produire ce bruit de déchirement placentaire si sec et si *solidien*. Cette supposition ne mérite même pas un examen sérieux ; déjà nous avons dit qu'il était impossible d'admettre que la circulation de gaz intestinaux pût simuler ce bruit.

Toutefois, il faut être prévenu qu'immédiatement après l'accouchement, l'utérus perdant ainsi tout à coup une grande partie de son volume, il se fait aussitôt des changements considérables dans les rapports de plusieurs des parties de la masse intestinale. Ces déplacements ne se font guère sans produire des bruits de gargouillements qui peuvent varier de timbre et d'intensité, suivant qu'ils ont leur siége dans le gros intestin ou dans l'intestin grêle ; mais, entre le gargouillement à son grave du gros intestin et celui si faible produit par l'agitation vermiculaire de l'intestin grêle, il existe des différences nombreuses ; néanmoins,

il suffit d'avoir entendu une seule fois le signe stéthoscopique qui fait le sujet de ce travail, pour ne pas le confondre avec l'un des mille bruits intestinaux.

J'ai dû également m'assurer si l'utérus, énergiquement contracté et encore volumineux, ne pouvait pas, dans ses mouvements de latéralité, produire ce phénomène en froissant la saillie formée par l'angle sacro-vertébral. J'ai ausculté plusieurs fois la matrice, avant et après l'accouchement, tout en lui faisant exécuter des mouvements considérables, sans jamais percevoir un bruit quelconque.

Maintenant, si nous étudions brièvement la structure du placenta, mais surtout ses moyens d'union à la face interne de l'utérus, ainsi que la manière dont il s'échappe de cette cavité, nous trouverons là une explication évidente du phénomène stéthoscopique en question.

Le placenta est un organe essentiellement vasculaire ; ses vaisseaux viennent à la fois du système vasculaire de la mère et de l'enfant.

Ces ramifications sanguines sont plongées dans un tissu qui, d'après M. le professeur Velpeau, serait analogue à une matière couenneuse ; tandis que M. le docteur Robin pense qu'il n'est qu'une substance amorphe, d'aspect légèrement fibroïde. C'est à cette substance qu'on donnait autrefois le nom de *caduque inter-utéro-placentaire* (*decidua serotina*), et dont l'existence entachait d'erreur flagrante la théorie de Hunter sur la formation de la caduque.

Ce tissu inter-utéro-placentaire des auteurs, aujourd'hui parfaitement connu, grâce aux beaux travaux de MM. Coste et Robin, est désigné sous le nom de *membrane intermédiaire* ou *utéro-épichoriale*, et n'est évidemment que la portion de la muqueuse utérine dans l'épaisseur de laquelle ont pénétré les villosités du chorion.

Cette membrane, dans les premiers temps de la grossesse, a l'aspect d'un tissu aréolaire érectile, où on distingue manifestement des lacunes irrégulières et anfractueuses ; plus tard, elle est constituée par un grand nombre de lamelles qui s'entrecroisent dans tous les sens ; elle est moulée sur la surface inégale du placenta fœtal, auquel elle adhère plus solidement qu'à la surface correspondante de l'utérus ; elle pénètre profondément dans les scissures qui séparent les cotylédons placentaires, et, d'après tous les anatomistes, elle se continue directement avec le reste de la caduque épichoriale.

Cette membrane inter-utéro-placentaire est traversée par un grand nombre de vaisseaux veineux et artériels qui, de la surface interne de l'utérus, se portent dans le placenta fœtal (vaisseaux inter-utéro-placentaires).

Il est difficile de dire si ces nombreux vaisseaux, qui sont renflés de distance en distance, communiquent directement, ou s'ils sont seulement en contact avec les parois des vaisseaux du placenta fœtal. Suivant MM. Coste et Robin, les sinus vasculaires maternels seraient érodés par les villosités choriales, et celles-ci plongeraient dans l'intérieur des vaisseaux utérins. Cette immersion ne paraît nullement démontrée pour

M. le docteur Cazeaux, à l'excellent ouvrage duquel nous empruntons la plupart de ces détails anatomiques; cet auteur pense avec Reid, Weber, Bonamy, que les rapports de ces deux ordres de vaisseaux se bornent à un simple contact.

Mais, quelle que soit la terminaison du système vasculaire fœtal, par rapport à celui de la mère, ce qu'il importe pour nous de constater, c'est que tous les anatomistes s'accordent à reconnaître que le placenta se compose de deux parties fort distinctes physiologiquement, bien que confondues en une seule masse à la fin de la grossesse : une portion fœtale, plus spécialement adhérente au chorion, dont elle émane ; une partie maternelle, fragment très-épaissi de la muqueuse utérine. Quel est, entre les vaisseaux de ces deux éléments du placenta, le mode de connexion? C'est, comme nous l'avons vu, ce qu'il est difficile de dire. Mais, ce qui est un fait avéré et évident pour tous, c'est qu'au moment de la chute du délivre, le placenta maternel est entraîné par le placenta fœtal, et celui-ci présente sur la face convexe de ses cotylédons, une couche de 2 ou 3 millimètres d'épaisseur, constituée par la caduque utéro-épichoriale. Ainsi, malgré le rôle très-actif qu'a joué pendant la grossesse cette portion de la muqueuse, elle n'en partage pas moins le sort de la caduque pariétale, et, comme elle, elle est expulsée avec le délivre, après l'accouchement. Aussi, après cette séparation du délivre, on voit toute la surface placentaire de l'utérus criblée de trous, comme faits avec un emporte-pièce. Ces trous sont taillés obliquement en bec de plume, ils s'affaissent et se ferment d'eux-mêmes par l'abaissement d'une des lèvres membraneuses de l'orifice contre l'autre. Par conséquent, les innombrables vaisseaux qui émergent de la face profonde de l'utérus, pour aller se mettre en rapport avec le placenta fœtal par l'intermédiaire de la muqueuse utéro-épichoriale, sont tous rompus par la séparation physiologique de cette masse unique, formée par la réunion des deux placentas à la face interne de l'utérus. Or, il est évident, *à priori*, que la rupture spontanée de ces nombreux vaisseaux doit produire un certain bruit, surtout si l'on songe qu'au moment où s'opèrent ces ruptures, l'utérus est rigide, et par cela même qu'il doit transmettre, presque comme un corps solide, tous les bruits qui se produisent dans sa cavité. Dans le plus grand nombre des cas, le décollement placentaire commence par le centre qui, étant en effet la partie la plus épaisse, est celle qui peut le moins se prêter à la rétraction des parois utérines. Par ce décollement, il s'établit une sorte de cavité centrale, bornée circulairement par les bords encore adhérents, cavité dans laquelle s'amasse aussitôt une certaine quantité de sang. Le poids du placenta aidant, et les contractions utérines se renouvelant, l'arrière-faix, désormais inutile, s'avance vers le col par son centre, en se renversant sur lui-même. Complétement décollé, il est sur le col ou dans le vagin ; sa face fœtale est alors devenue externe, tandis que la face utérine est devenue face interne, et forme avec les membranes également retournées une poche dans laquelle s'accumule une quantité de

sang très-variable. Cette manière d'être, pendant et après le décollement, n'est pas toujours celle que la nature emploie ; cela peut varier suivant les points où s'insère le cordon sur le placenta.

Nous insistons sur ce mode d'évolution, de beaucoup le plus fréquent, parce que jamais, d'après ce procédé physiologique, il n'existe de frottement entre la face rugueuse cotylédonnaire du placenta et la face interne de l'utérus.

C'est, au contraire, la membrane amnios qui, dans ces mouvements, se trouve sans cesse en contact avec l'utérus. Par conséquent, il devient inutile de se demander si le bruit dont nous parlons peut être dû aux frottements qui s'exercent entre la face interne de la matrice et la membrane amnios, dont la surface libre est si luisante et si polie, que tous les auteurs l'ont comparée à une séreuse.

Depuis que nous cherchons ce signe stéthoscopique, il ne nous est jamais arrivé de ne pas le rencontrer; déjà près de trente accouchements l'ont offert. Tous ceux de mes collègues de l'hôpital Beaujon qui ont eu la curiosité de le rechercher, l'ont tous constaté, et tous m'ont fait part de leur impression d'une manière identique. Il suffit de l'avoir entendu une seule fois pour s'en faire une idée exacte. Quiconque aura un peu l'habitude de l'auscultation obstétricale pourra très-facilement le saisir, en se plaçant dans les conditions convenables.

Aussitôt l'accouchement terminé, et l'enfant confié aux personnes environnantes, il faut entièrement recouvrir la femme, à l'exception de la région hypogastrique, sur laquelle on appuie avec précaution le stéthoscope (c'est surtout dans cette recherche que cet instrument est indispensable). Après quelques minutes d'attente, on peut ainsi acquérir la connaissance de la marche plus ou moins régulière de la délivrance.

Le signe du décollement s'étant produit d'une manière nette et complète, il sera un indice certain du décollement complet du placenta, et l'accoucheur pourra dès lors, sans plus attendre, entraîner au dehors l'arrière-faix.

Si, au contraire, le bruit de décollement ne se manifeste pas, l'accoucheur pourra craindre une délivrance compliquée, comme dans l'exemple suivant.

Obs. I.—Mlle Vives, âgée de 19 ans, grande et vigoureuse, était couchée au no 17 de la salle des femmes en couches de l'hôpital Beaujon, depuis environ une semaine, lorsque, dans la nuit du 15 au 16 juillet 1850, elle accoucha naturellement. Mon collègue Dufraigne, à l'obligeance duquel je dois cette observation, se trouvait présent à l'accouchement. Le travail, chez cette jeune femme primipare, avait été très-long, et, celle-ci épuisée de fatigue après la sortie de l'enfant, il survint une inertie complète de l'utérus. M. Dufraigne, aussitôt après l'accouchement, plaça le stéthoscope sur la région hypogastrique, et attendit vainement près d'une demi-heure sans percevoir le bruit du décollement. Enfin, la femme paraissant ranimée et plus forte, il fit quelques tractions sur le cordon ombilical ; mais aussitôt une hémorragie effrayante survint avec des lipothymies. Immédiatement, une potion

contenant de l'ergot de seigle fut administrée, qui modéra l'hémorragie ; mais néanmoins, la faiblesse et la pâleur de la malade étant excessives, et la compression de l'aorte ne se faisant pas sans quelque difficulté, mon collègue fit appeler M. le docteur Huguier, qui introduisit la main dans l'utérus, et ramena au dehors tout l'arrière-faix. Malgré l'abondance de l'hémorragie, cette jeune femme put sortir, une semaine après son accouchement, dans un état très-satisfaisant.

Cette observation, qui laisse beaucoup à désirer, peut cependant montrer la relation qui existe entre la non-production du signe stéthoscopique et l'absence du décollement. Il est bien regrettable que les difficultés de cette délivrance compliquée n'aient pas laissé le loisir d'ausculter l'abdomen, au moment où la main du chirurgien détruisait les adhérences utéro-placentaires.

Sans exagérer l'importance pratique que ce signe peut avoir, nous pensons néanmoins qu'il peut rendre quelques légers services à l'art des accouchements.

En enlevant l'incertitude complète qui règne sur le moment où se détache le placenta, il pourra, dans les difficultés assez nombreuses qui nécessitent l'intervention de l'accoucheur pendant la délivrance, convertir le phénomène du décollement placentaire, autrefois si occulte, en un renseignement souvent précieux pour le praticien. Ainsi, par exemple, dans les cas d'inertie simple de l'utérus, lorsque le placenta possède encore heureusement toutes ses adhérences, si par l'attente et les soins convenables on a pu réveiller les contractions utérines, l'auscultation pourra indiquer si les premières contractions ont rompu les adhérences utéro-placentaires ; de là, par conséquent, une sécurité nouvelle pour opérer les tractions sur le cordon. Dans le cas où le placenta n'a pu être entraîné par des tractions ordinaires, le bruit s'étant produit, il indiquera qu'il n'y a pas d'adhérences anormales, et, par suite, que le placenta désormais détaché est retenu dans la cavité utérine, soit par son volume excessif, soit par des contractions irrégulières de l'utérus.

Lorsque le cordon ombilical offre une grande faiblesse, qui commande impérieusement d'opérer les tractions avec beaucoup de prudence, le signe du décollement sera un renseignement utile pour connaître le moment où la rupture des adhérences normales aura rendu la délivrance plus facile.

Il pourra peut-être servir au diagnostic différentiel de l'adhérence anormale du placenta, de sa rétention, qu'on appelle *enchâtonnement* ; attendu que, dans ce dernier cas, le placenta ainsi retenu a presque toujours rompu ses adhérences utérines ; tandis que dans le cas d'adhérence anormale, le signe de la séparation physiologique n'aura pu avoir lieu. Enfin, il pourra démontrer s'il est exact de croire, avec M. le professeur Velpeau, que, dans le plus grand nombre des cas, le placenta est détaché avant la sortie de l'enfant.

Pour résoudre ces questions, et juger l'importance pratique que ce signe peut acquérir dans certains cas, il faut avoir, il est vrai, un bien plus grand nombre d'observations que je n'en possède. Si nous osions

parler de nos recherches, nous dirions que, dans la majorité des cas, il nous a semblé que le décollement placentaire ne s'opérait qu'après la sortie de l'enfant.

Toutefois, l'utérus fortement distendu par les eaux de l'amnios, qui, s'écoulant tout à coup, permettraient subitement à la matrice de revenir sur elle-même d'une manière considérable, il nous paraît sage d'admettre alors qu'il peut mécaniquement se produire un décollement partiel du placenta, dans un point plus ou moins étendu. Il en sera de de même dans un accouchement par l'extrémité pelvienne, lorsque, le tronc et les membres inférieurs ayant déjà franchi la vulve, l'utérus pressera longtemps, et avec beaucoup d'énergie, sur la tête de l'enfant, pour vaincre les derniers obstacles à une expulsion complète.

M. le docteur Cazeaux a été frappé de cette cause de mort pour l'enfant dans les présentations de l'extrémité pelvienne. En effet, dans ces deux conditions, en quelque sorte exceptionnelles, il se passera là ce qui se manifeste au plus haut degré pendant le premier temps de la délivrance, c'est-à-dire un changement subit et considérable dans les dimensions de l'utérus, coïncidant avec des contractions énergiques et répétées. Nous devons ajouter que, parmi les accouchements auxquels nous avons assisté depuis que le hasard nous a fait rencontrer ce signe, nous avons trouvé certaines femmes chez qui le travail ayant été excessivement long, et qui, épuisées vers la fin de la parturition, n'offraient, au moment de la délivrance, qu'une sorte d'état permanent de contraction utérine, et non pas des douleurs régulières accompagnées d'une rigidité convulsive, suivies d'un repos également régulier. Il arrivait alors que, dans cette contraction prolongée, le bruit de décollement perdait singulièrement de sa régularité dans ses apparitions.

Obs. II. — Caroline Millier, âgée de 25 ans, d'une bonne santé habituelle, grande, bien développée, enceinte pour la troisième fois, était entrée à la salle des nourrices déjà depuis plusieurs jours. Je fus appelé à midi, le 17 juillet 1850, auprès de cette femme, chez laquelle je trouvai le col utérin complétement dilaté, et, à travers la poche des eaux, on pouvait facilement reconnaître une présentation du sommet; l'abdomen était excessivement distendu. En auscultant l'utérus, je trouvai les battements du cœur du fœtus très-intenses; leur maximum d'intensité se trouvait au côté gauche de la matrice. Le bruit de souffle *placentaire* s'entendait au côté droit de l'utérus à la partie moyenne, tout à fait dans le flanc droit de la femme.

En constatant le volume excessif de l'abdomen, et ne trouvant pas deux bruits du cœur de fœtus, je crus à l'existence d'une grande quantité de liquide amniotique; aussi, je résolus d'avoir presque constamment l'oreille sur l'utérus, afin de constater si, au moment de la sortie brusque d'une grande quantité de liquide, il ne se produirait pas un bruit de décollement. Voici le résultat de ma recherche. Pendant tout le reste du temps qu'a duré le travail, j'entendis le bruit de souffle placentaire, qui, au moment où la contraction utérine allait apparaître, devenait plus soufflant et imitait même parfois le bruit musical qui s'entend quelquefois chez les chlorotiques; puis, lorsque la contraction utérine était survenue, il disparaissait complétement, et se trouvait remplacé par le bruissement rotatoire dû

à la contraction musculaire utérine; celle-ci terminée, le souffle reparaissait. A une heure de l'après-midi, la poche des eaux se rompit, et il s'écoula environ 1/2 litre de liquide amniotique sans qu'il se produisît quelque chose qui ressemblât au bruit de décollement; il est vrai que l'utérus n'avait pas changé de volume d'une manière appréciable. Environ un quart d'heure après, je repoussai la tête du fœtus, ce qui fit couler de nouveau 1 litre environ de liquide amniotique. Cette fois, l'utérus me parut légèrement diminué; cependant, je n'entendis point le bruit que j'attendais. A partir de ce moment, les douleurs qui siégeaient dans les lombes devinrent abdominales et prirent une grande énergie. A deux heures, la tête de l'enfant sortit au dehors de la vulve, et exécuta son mouvement de rotation extérieure en position occipito-iliaque gauche. A l'instant même où s'effectua la sortie de la tête du fœtus, il s'écoula encore une grande quantité de liquide amniotique; quelques secondes après, survint une contraction utérine qui expulsa complétement le tronc de l'enfant. Pendant le même paroxysme musculaire, j'entendis distinctement le bruit du décollement placentaire, très-serré et très-abondant, mais d'une durée excessivement courte. J'attendis deux minutes encore; puis, l'utérus qui s'était affaissé après l'accouchement revint sur lui-même par une contraction permanente, au commencement de laquelle je pus saisir des craquements qui n'avaient plus cette fois leur régularité habituelle. Peu d'instants après, le placenta fut entraîné au dehors sans rien produire.

Par conséquent, malgré l'intensité de ce signe stéthoscopique, il est possible néanmoins qu'il puisse passer presque inaperçu aux oreilles de l'observateur qui le cherche, dans les cas défavorables analogues à ceux que nous venons de signaler.

Mais les raisons principales qui peuvent donner quelques difficultés à le saisir, et qui seules peuvent expliquer comment il a, jusqu'à présent, échappé aux investigations savantes des accoucheurs modernes, sont, d'une part sa courte durée, et, de l'autre, l'instant de son apparition, si voisin de l'accouchement; car, à cet instant, l'accoucheur est encore, le plus souvent, occupé de l'enfant qui vient de naître, et, lorsqu'il retourne à la mère, presque toujours le placenta doit avoir rompu ses adhérences utérines. Quelle que soit la faible importance qu'on veuille accorder à ce nouveau signe d'auscultation obstétricale, la recherche en est si facile et si inoffensive pour la mère, que nous nous demandons pourquoi le praticien ne se servirait pas, à chaque délivrance, de ce renseignement stéthoscopique.

La femme permettra d'autant mieux l'auscultation hypogastrique, qu'elle saura que cette exploration tout extérieure peut lui éviter une dernière introduction du doigt dans les parties génitales, pour constater le décollement de l'arrière-faix.

Obs. III. — Catherine Baudu, âgée de 41 ans, arrivée au terme de sa neuvième grossesse, fut prise de douleurs le 23 juin 1850, à quatre heures du matin; à sept heures, elle se fit conduire à l'hôpital Beaujon; pendant le trajet, les eaux s'écoulèrent et les douleurs prirent une grande énergie. Environ une heure après son arrivée dans la salle, elle accoucha naturellement. Aussitôt la ligature du cordon pratiquée, et l'enfant confié aux aides, j'auscultai la région hypogastrique à l'aide du stéthoscope. Pendant une minute, je n'entendis que le bruit de gaz intestinaux

mis en mouvement ; puis, après ce temps, je perçus distinctement le bruit de décollement placentaire. Presque en même temps, je sentis l'utérus se contracter et venir se dessiner sous la région sus-pubienne. Le bruit de décollement augmenta rapidement ; il devint très-serré, c'est-à-dire que les craquements qui semblaient le former devenaient plus nombreux et plus retentissants ; puis, il diminua et disparut avec la rigidité utérine. Sans abandonner le stéthoscope, je pratiquai le toucher de la main droite, ce qui me permit de constater que le placenta était déjà sur le col utérin. Alors, sans attendre une deuxième contraction utérine, je fis des tractions sur le cordon ; elles eurent pour résultat de provoquer immédiatement la rigidité de l'utérus, et de faire entendre de nouveau les bruits de craquement ; mais cette fois, ils furent peu nombreux et ils ne durèrent qu'un instant très-court. Enfin, le placenta se laissa entraîner au dehors sans autre particularité.

Obs. IV. — Louise Lakau, âgée de 22 ans, primipare, fille très-forte et vigoureuse, fut apportée à l'hôpital Beaujon, vers dix heures du matin, le 27 juin 1850. Le travail, commencé à minuit, dura jusqu'à six heures du soir. J'assistai à l'accouchement qui fut régulier, et je notai l'heure précise de la sortie de l'enfant; j'attendis en auscultant deux minutes seulement; puis le bruit de décollement apparut, précédant de quelques secondes la rigidité utérine complète ; le bruit de déchirement dura un temps que j'évaluai à environ un quart de minute ; puis, trois minutes après sa disparition, il se montra de nouveau avec tous les caractères précédents ; enfin, il disparut de la même manière, ainsi que la rigidité utérine. Après une minute de silence et de repos, il se montra une troisième fois, mais beaucoup plus bref et moins abondant, quoique parfaitement caractérisé. Sans quitter le stéthoscope, je m'assurai par le toucher que le placenta était libre de ses adhérences ; quelques tractions suffirent pour l'amener au dehors, sans donner lieu à la production d'aucun bruit.

Obs. V. — Cécile Dalize, 35 ans, primipare, tempérament sanguin, très-forte et très-développée, entra à l'hôpital le 29 juillet 1850, à dix heures du soir. Le lendemain matin, à huit heures, me trouvant à son accouchement et à ses dernières douleurs, qu'elle aidait par des efforts inouïs, je reçus l'enfant qui avait le cordon enroulé autour du cou ; je m'empressai de le couper, et aussitôt la ligature posée, j'auscultai l'abdomen de la mère. Au même instant, l'utérus se contracta violemment en produisant le bruit de décollement placentaire. La malade continuant ses violents efforts, le placenta, très-volumineux, fut en quelque sorte projeté jusqu'au dehors de la vulve. Si je n'avais moi-même entendu aussi distinctement le bruit du décollement du placenta, j'aurais pu croire, à cause de la rapidité de toute la délivrance, que le placenta avait été décollé avant la sortie de l'enfant.

Je pourrais fournir un assez grand nombre d'observations ; mais, à part les légères particularités de celles que je viens de citer, elles ont toutes une telle ressemblance, que je crois inutile d'en présenter d'autres, et d'insister davantage sur le signe stéthoscopique dont j'ai essayé de donner une description, et sur lequel je voudrais pouvoir appeler l'attention des accoucheurs.

Observations pour servir à l'histoire des luxations sterno-claviculaires; par **M. P.-A. Foucard**, *D.-M.-P.*, *à Pont-Sainte-Maxence (Oise).*

Les cas rares, quoique n'ayant pas toujours, par le fait même de leur rareté, une grande importance pratique, offrent cependant de l'intérêt pour la science, et de l'attrait surtout pour les observateurs qui ont la bonne fortune de les rencontrer. Mais n'est-il pas probable que certains faits ne sont réputés rares ou même impossibles que par le silence ou l'oubli de ceux qui les ont observés ? Ce serait alors un motif de plus, pour le médecin sincèrement dévoué à son art, de recueillir et de publier tout ce qui peut servir à son avancement. C'est à ce titre que je publie les trois observations suivantes que j'ai actuellement sous les yeux ; elles sont toutes des exemples de luxation de l'extrémité interne de la clavicule ; mais elles diffèrent toutes trois, soit par leur origine, soit par la nature du déplacement ; je me bornerai donc à les décrire dans l'ordre où je les ai rencontrées, et sans commentaires.

Luxation spontanée de la clavicule droite en avant, sous l'influence d'un anévrisme.

Obs. I. — Mme Brosset, blanchisseuse au hameau des Ayeux, âgée de 53 ans, s'aperçut, il y a treize à quatorze ans, du développement d'une tumeur à la partie inférieure du cou et derrière l'articulation sterno-claviculaire droite. Le siége de la tumeur, ses pulsations, etc., indiquaient un anévrisme de l'origine de la carotide primitive. La malade fut envoyée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Récamier, qui la soumit au traitement de Valsalva : cinq saignées en neuf jours, diète, glace sur la tumeur, etc. ; mais elle n'eut pas le courage d'aller plus loin, et demanda son *exeat*.

De retour dans son village, elle continua à se livrer aux travaux de son état, c'est-à-dire à laver la tête baissée et à porter des paquets volumineux, sans autre précaution que de se faire saigner une ou deux fois par an. C'est au mois de mai 1845 qu'elle me consulta pour la première fois. A cette époque l'anévrisme faisait une saillie, grosse comme la moitié d'un œuf de poule, au-dessus de la clavicule, qu'il avait refoulée en avant, de manière à produire une luxation incomplète. Je conseillai à la malade un peu plus de repos ; mais elle ne tint pas grand compte de mes recommandations ; et cependant aujourd'hui, malgré des travaux très-pénibles, malgré plusieurs bronchites des plus intenses, sa tumeur n'a pas augmenté d'une manière appréciable, au moins extérieurement, quoiqu'elle soit restée perméable au sang.

La nature a donc mieux servi cette femme que l'art n'aurait pu faire ; car on sait combien la ligature par la méthode de Brasdor offre peu de chances de succès dans ces cas. Aussi, l'observation me paraît peut-être plus intéressante sous le rapport de l'anévrisme que sous celui de la ligature. Les deux faits suivants sont beaucoup plus rares.

Luxation traumatique de la clavicule en arrière.

Obs. II. — Le 24 septembre 1850, je fus appelé, dans la commune de Bazicourt, auprès de Mme Duvivier, âgée de 54 ans. Il y avait environ un mois qu'en poussant

à la roue d'une voiture avec son épaule, elle s'était trouvé pressée transversalement entre cette roue et un mur. Le lendemain, elle se fit saigner; puis, elle attendit, croyant que son accident n'aurait point d'autres suites. Mais les symptômes qui avaient d'abord paru s'amender ne tardèrent pas à s'aggraver d'une manière assez inquiétante. Une douleur assez vive se développa dans l'hypocondre droit, en même temps qu'une teinte ictérique générale se manifestait; des frissons irréguliers, suivis de sueurs froides, survinrent ensuite, et c'est alors que je visitai la malade. Outre les symptômes ci-dessus, je constatai à la palpation une tuméfaction du foie qui débordait le bord costal de 2 à 3 centimètres, et qui était le siége d'une vive sensibilité. En examinant la poitrine, je fus frappé aussi de l'irrégularité de sa configuration vers sa partie supérieure.

A la place de la saillie formée par la tête de la clavicule droite existait une dépression assez profonde; le bord droit du sternum se trouvait sur un plan légèrement antérieur au bord gauche, comme s'il eût éprouvé un mouvement de torsion suivant son axe vertical; la clavicule était dirigée transversalement en dehors, et le creux sus-claviculaire, très-marqué à gauche, était presque complétement effacé à droite.

Il était évident que la clavicule était luxée en arrière, et le mécanisme de la luxation me parut ressortir des circonstances de l'accident. La pression opérée par la roue avait surpris la poitrine dans un moment où l'épaule droite était portée en avant; et, comme elle s'exerçait aux deux extrémités du diamètre transversal, elle avait dû tendre à redresser l'arc des côtes, et, par conséquent, à projeter le sternum en avant, tandis que la clavicule était poussée en dedans et même un peu en arrière, c'est-à-dire en sens opposé. Quant à la torsion du sternum, elle résulte du soulèvement de son bord droit par la tête de la clavicule passée derrière son extrémité supérieure. La malade m'a dit avoir éprouvé un peu de gêne les premiers jours pour avaler des aliments solides; mais cette gêne n'a pas duré, ce qui tient sans doute à la déviation de l'œsophage à gauche à son entrée dans la poitrine. Du reste, dans l'observation rapportée par Astley-Cooper, où la déglutition était devenue impossible, la luxation était le résultat d'une déformation du rachis, et on ne peut pas comparer cette lésion avec la luxation traumatique.

Je ne fis pas de grandes tentatives pour opérer la réduction; car je les croyais inutiles, et j'aurais craint d'aggraver l'état du foie qui m'inspirait de sérieuses inquiétudes. Cependant, une application de sangsues, suivie d'un large vésicatoire volant, et des boissons délayantes firent cesser tous les symptômes du côté de cet organe, et la malade se rétablit assez promptement, mais en conservant sa luxation qui, malgré le temps écoulé depuis cette époque, la gêne encore, quand elle se livre à des travaux pénibles.

Luxation de la clavicule en avant, avec fracture partielle de la cavité articulaire du sternum.

Obs. III. — Le 24 février 1851, le nommé Lucas, cultivateur à Haudancourt, graissait seul l'essieu de sa voiture, lorsque l'une des roues, dont les bandes ont un diamètre de 11 centimètres, s'échappa et tomba sur lui en le renversant. J'arrivai dans le village comme l'accident venait d'avoir lieu, et je pus constater la nature de la lésion sur le fait.

La partie supérieure de la poitrine qui avait supporté le choc présentait, vers l'articulation sterno-claviculaire gauche, tous les signes d'une contusion avec gonflement. En cherchant à reconnaître les éléments de ce gonflement que je croyais d'abord emphysémateux, je constatai, à 1 centimètre au-dessus du niveau de la

tête de la clavicule, la présence d'une lamelle osseuse, mince et suspendue au tendon inférieur du sterno-cleido-mastoïdien. L'extrémité interne de la clavicule était portée en avant, mais il était facile de la repousser à sa place ; et, si on inclinait alors la tête du malade à gauche, on pouvait, en appuyant sur l'esquille osseuse, rétablir la symétrie de l'articulation, en même temps que l'on produisait la crépitation. Si on cessait toute pression, la clavicule revenait en avant et la portion osseuse remontait.

Je diagnostiquai une luxation en avant de la clavicule avec fracture partielle de la facette articulaire du sternum.

Je dis que la fracture était partielle, parce que le fragment était peu étendu, et qu'il était supporté par une portion seulement du tendon qui, lui-même, avait été divisé. Cette disposition est surtout frappante aujourd'hui que tout gonflement a disparu, et le sterno-cleido-mastoïdien est manifestement partagé en trois faisceaux à sa partie inférieure : un faisceau externe s'attachant à la clavicule comme à l'état normal ; un faisceau interne, dont le tendon est plus mince que celui du côté droit, et s'insérant à son attache habituelle au sternum ; enfin, un faisceau moyen, séparé du précédent au moment de la chute, et paraissant s'insérer au sommet de la tête de la clavicule, avec laquelle le fragment du sternum se trouve confondu. Il existe trois intervalles bien marqués entre ces trois faisceaux.

La première idée qui me vint fut de pratiquer la section sous-cutanée du tendon; mais il existait une compression grave de la poitrine, et, en cas d'issue funeste, je ne voulais pas qu'on pût accuser l'opération. Je me bornai donc, pour tout appareil, à un bandage de corps que je fixai au moyen d'un scapulaire oblique, auquel j'adaptai une pelote destinée à repousser l'extrémité interne de la clavicule en arrière, tandis que je maintenais la tête du malade fortement inclinée en avant et à gauche. En même temps, j'instituai un traitement général largement antiphlogistique ; et, au bout d'un mois, le blessé put commencer à travailler. Le fragment sternal, comme je l'ai déjà dit, a contracté des adhérences avec la tête de la clavicule qui, elle-même, fait encore un peu saillie en avant, mais sans gêner en rien la liberté des mouvements qui ont recouvré toute leur étendue et toute leur force.

Sur deux cas nouveaux d'étranglement compliqué de choléra herniaire. *Lettre à M. le professeur Malgaigne ;* par **M. Goyrand**, *d'Aix*.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je viens de lire avec intérêt, dans le dernier N° de votre excellent journal, la lettre que vous adresse M. Th. Maunoir, au sujet d'un cas très-grave de hernie étranglée, votre réponse à cette lettre, et, enfin, le résultat heureux de l'opération courageusement pratiquée par MM. les docteurs Fauconnet, Julliard et Maunoir.

Consulté sur ce cas de *choléra herniaire* (c'est ainsi que vous le nommez) vous considérez la mort comme presque inévitable ; cependant, dans un pareil cas, vous conseilleriez, dites-vous, de lever l'étranglement, et d'opposer ensuite à l'état cholérique le traitement stimulant du vrai choléra.

C'est ce qu'avaient fait, sans attendre votre réponse, qui aurait trop tardé d'arriver, les médecins de Genève, et ils ont obtenu un beau succès. Si vous voulez continuer d'entretenir vos nombreux lecteurs de cette importante question chirurgicale, je puis vous fournir deux observations qui viendront à l'appui du conseil que vous donnez et du principe formulé par M. Maunoir, *qu'il faut, dans des cas de ce genre, opérer, même in extremis.* Dans le premier cas, j'ai été arrêté par la gravité des accidents, et le malade a succombé; dans le second, j'ai eu plus de courage, et j'ai sauvé mon malade par l'opération. Voici ces faits :

Obs I. — *Hernie scrotale congénitale étranglée; accidents très-modérés pendant quinze heures. Tout à coup, accidents chlolériformes d'une gravité excessive, qui emportent le malade en huit heures, après vingt-trois heures d'étranglement.*

M. M..... préposé en chef de l'octroi de la ville d'Aix, âgé de 50 ans, était atteint d'une hernie scrotale congénitale du côté gauche. En septembre 1838, cette hernie s'étrangla; je parvins à la réduire le troisième jour.

Le 13 janvier 1840, dans un effort que fait le malade pour aller à la selle, la hernie sort de nouveau, et ne peut être réduite par le malade. Il était alors trois heures du matin; le malade vomit ses derniers aliments. Pendant toute la journée, les accidents sont très-modérés; mais je ne puis parvenir à réduire. Quatorze heures s'écoulent sans vomissement. A cinq heures du soir, un vomissement muqueux. Je laisse alors le malade dans un état peu alarmant, et ne le revois qu'à dix heures. Quel est mon étonnement de le trouver alors presque sans pouls, couvert d'une sueur froide, tourmenté par des vomissements stercoraux presque continuels! Ces vomissements se sont déclarés à six heures. Il n'y a pas de hoquet; la hernie est toujours douloureuse, surtout à la pression; mais le ventre n'est pas ballonné, la pression n'y détermine aucune douleur dans aucun point; cependant, l'état général est effrayant; il existe de l'oppression, une anxiété extrême, une grande faiblesse du pouls.

J'appelle à mon aide deux confrères expérimentés, MM. Arnaud et Guiran. Nous n'osons tenter l'opération; nous voudrions, avant d'y avoir recours, relever un peu les forces du malade. Mais les excitants les plus énergiques sont sans effet. A onze heures, l'artère ne bat plus, la respiration est encore plus anxieuse, la voix est tout à fait éteinte, le malade se découvre et demande de l'air, les membres sont froids comme le marbre, la peau a perdu toute élasticité, elle est comme macérée, la face et les mains sont cyanosées. Le malade expire à deux heures du matin, après trois heures d'un état algide tout à fait semblable à celui du choléra asiatique le plus intense.

A l'autopsie, nous trouvons l'intestin hernié brun et ecchymosé, mais nullement gangrené, ne présentant même pas de trace évidente d'inflammation, pas d'exsudation plastique. La tunique vaginale qui forme le sac contient une petite quantité de sérosité. Le péritoine n'est nullement enflammé; l'état du sang n'a pas été noté.

Ce fait me laissa des regrets. Je disais : l'étranglement était ici la seule lésion locale; les accidents cholériformes ne sont, dans ce cas, qu'une exagération des accidents généraux ordinaires de l'étranglement. L'étranglement détruit, peut-être ces accidents se seraient-ils dissipés, et je me promettais bien d'opérer dorénavant tout malade qui se pré-

senterait à moi dans de pareilles conditions. L'occasion ne se fit pas attendre longtemps : six mois après, je rencontrai un cas semblable. En voici les détails.

OBS. II. — *Hernie crurale étranglée. — Accidents cholériformes d'une gravité excessive. — Opération suivie d'un succès tout à fait inespéré.*

Une femme de 30 ans, habitant la commune de Trets, atteinte depuis longtemps d'une hernie crurale du côté droit, qu'elle n'avait jamais cherché à contenir, fut prise, dans la nuit du 9 au 10 juillet 1840, des accidents de l'étranglement. Ces accidents prirent une grande intensité, et mon ami, M. Pourcin, qui donnait des soins à cette femme, me fit appeler le 11. Arrivé auprès de la malade, quarante heures après le début des accidents, je la trouvai dans l'état suivant :

Hernie petite, très-douloureuse à la pression ; ventre ballonné, douloureux à la pression au-dessus de la hernie ; coliques violentes ; constipation complète. Les vomissements avaient été fréquents la veille. La malade avait encore vomi le matin, et n'avait plus que des nausées quand j'arrivai. L'état général était des plus effrayants : la peau était humide, froide comme du marbre, sans élasticité ; le pouls filiforme, presque imperceptible ; la langue froide, les yeux caves. Il existait une cyanose très-prononcée à la face, aux mains, aux avant-bras ; une anxiété extrême ; la voix était éteinte.

Cet état était décourageant ; cependant, je déclarai, sans hésiter, que l'opération pouvait seule donner à cette femme quelques chances de guérison, et je la pratiquai immédiatement, aidé de M. Pourcin.

La hernie fut mise à découvert par une incision parallèle au pli de l'aine : adhérences celluleuses générales entre le sac et l'intestin ; par conséquent, pas de sérosité dans le sac. Je détruis, autant que possible, les adhérences par la dissection. L'étranglement est très-serré ; le débridement présente des difficultés : je le pratique en haut et en dehors, sur le bord tranchant du repli falciforme du fascia-lata. L'intestin présente une teinte brune foncée uniforme, mais conserve son élasticité. Une petite portion d'épiploon, comprise dans la hernie, adhère intimement à l'intestin. Un ganglion inguinal, du volume d'une petite noisette, adhère intimement au sac, dans un point où celui-ci est confondu avec l'intestin. J'excise ce ganglion ; je cherche ensuite à attirer au dehors les parties de l'intestin continues aux deux bouts de l'anse herniée ; mais un des bouts, fixé par des adhérences au-dessus du collet du sac, résiste : je réduis l'anse intestinale avec la portion d'épiploon qui y adhère. L'intestin a de la tendance à ressortir ; cependant, je rapproche les bords de la plaie et je fais le pansement.

Un moment après l'opération, la malade sent ressortir l'intestin : j'enlève l'appareil, et je reconnais qu'en effet la hernie est ressortie. Je réduis de nouveau, et, cette fois, j'engage le milieu d'une compresse entre les bords de la plaie, dans le collet du sac, et fais un tamponnement que je fixe au moyen d'un spica assez serré. L'état cholériforme étant toujours excessivement grave, je donne à la malade une potion stimulante, et lui fais appliquer de nombreux sinapismes. Dans la soirée, il se fait une réaction : la malade va à la selle. Cinq jours après, je revois cette femme ; elle est convalescente. — La plaie s'est cicatrisée en vingt-deux jours.

Agréez, etc.

Dr GOYRAND.

Aix, 9 février 1852.

REVUE CRITIQUE.

Médecine.

DES CONDITIONS REQUISES POUR BIEN APPRÉCIER L'ACTION DES MÉDICAMENTS, *spécialement dans les fièvres intermittentes ;* par M. GRISOLLE.

A l'occasion d'un rapport de M. Piorry sur l'emploi du sel marin dans les fièvres intermittentes, M. Grisolle a lu à l'Académie un excellent travail où il a cherché à établir les conditions requises pour bien expérimenter un médicament ; et il a cherché à prouver que M. Piorry a méconnu les principales. L'argumentation a été forte ; il est juste cependant d'attendre la réponse de M. Piorry avant de porter un jugement définitif ; mais le travail de M. Grisolle est une page remarquable de philosophie médicale : et l'on va voir à quel degré la saine philosophie peut réagir sur la pratique. Les praticiens y trouveront un critérium utile pour apprécier toutes ces médications que nous entendons prôner chaque jour, pour les voir le lendemain retomber dans l'oubli.

Sans prétendre énumérer toutes les conditions requises pour bien expérimenter un médicament, M. Grisolle en pose trois essentielles. Il faut : 1° que le remède soit appliqué réellement à la maladie qu'il est censé guérir, c'est-à-dire qu'il faut préalablement porter un diagnostic précis ; 2° il faut que le remède qu'on expérimente soit donné seul, ou du moins qu'il ne soit pas associé à un autre médicament actif ; 3° il faut, enfin, prendre garde d'attribuer au remède des effets qui peuvent dépendre de la marche naturelle de la maladie, ou des conditions individuelles ou extérieures auxquelles les malades sont soumis.

Quant à la première condition, il paraît, en effet, que M. Piorry conclut un peu trop facilement de l'hypertrophie de la rate à la présence d'une fièvre intermittente, lors même que les phénomènes caractéristiques manquent ; mais nous aurons à revenir plus tard sur ce point.

Le second vice capital dans beaucoup d'expérimentations est l'association de plusieurs remèdes actifs pouvant agir de la même manière. N'a-t-on pas vu souvent des médecins proposer gravement des pilules, des opiats fébrifuges, composés de plusieurs drogues plus ou moins insignifiantes, mais auxquelles on accordait une certaine action, pourvu pourtant qu'elles fussent associées à une préparation de quinquina ? M. Piorry n'a pas été aussi loin ; cependant, dans une dizaine de cas au moins, il a, dans un but différent, administré alternativement le sel et la quinine. Tantôt les malades se révoltaient et préféraient garder la fièvre et sortir de l'hôpital plutôt qne de se soumettre à l'action du chlorure de sodium, dont la saveur est désagréable, et qui excite très-souvent des vomissements ; tantôt M. Piorry, dans un but d'expérimentation comparative, donnait alternativement, et à peu de distance l'un de l'autre, 30 grammes de sel et 1 gramme de quinine. Il est donc impossible, dans la plupart de ces faits, de déterminer ce qui appartient à l'un ou à l'autre de ces médicaments.

Et enfin :

Une des causes d'erreur les plus communes, la plus commune peut-être, a été de rapporter au remède expérimenté des effets qui tenaient uniquement à la marche de la maladie, où à une influence exercée par les conditions extérieures. Il est de notoriété, par exemple, qu'un grand nombre de fièvres cèdent par le seul changement de lieu. Des fièvres opiniâtres, ayant résisté à tous les traitements, disparaissent

spontanément si on fait émigrer les malades. Mais ce qu'on sait moins, ce que les médecins des hôpitaux de Paris savent mieux que d'autres, c'est qu'il n'est pas nécessaire de transporter les individus à de grandes distances ; mais les laissant dans le même pays, dans la même ville, dans la même rue, il suffit de changer les conditions hygiéniques pour voir la fièvre céder ou s'amoindrir, et cela dans un grand nombre de cas. Ne croyez pas que ces effets se remarquent seulement pour ces fièvres printanières généralement bénignes et ne prenant pas racine chez l'individu : non ; on le constate également pour les fièvres les plus rebelles, les plus invétérées. Notre conquête d'Afrique nous envoie souvent de malheureux colons que la persistance de la fièvre ramène en France. Les accès continuent souvent malgré le changement de climat ; ces individus entrent à l'hôpital jaunes, affaiblis, avec une rate volumineuse ; et souvent, très-souvent, sous l'influence du repos, des conditions hygiéniques nouvelles, ces fièvres disparaissent ou s'amendent. De là, le précepte de ne jamais donner un remède dont on veut constater les vertus fébrifuges dans les premiers jours qui suivent l'entrée des malades dans nos salles ; on doit attendre deux, trois ou quatre accès ; les étudier dans chacun de leurs stades et ne donner le remède qu'autant qu'ils conservent l'intensité et la durée qu'ils avaient avant l'admission des malades à l'hôpital. M. Piorry aurait toujours manqué à cette règle, et cet oubli d'un principe aussi essentiel suffirait à lui seul pour frapper de nullité ses résultats.

« Pour vous prouver l'importance de cette règle, ajoute M. Grisolle, permettez-moi de vous rappeler une statistique qui aura d'autant plus d'importance près de vous qu'elle émane d'un homme dont le nom fait justement autorité dans cette enceinte et ailleurs.

« Il y a vingt-cinq ou trente ans, on vantait beaucoup, vous le savez, la poudre de houx comme succédané du quinquina. M. Chomel, voulant expérimenter ce remède nouveau, demanda au bureau central qu'on lui désignât des malades atteints de fièvre intermittente ; 22 individus lui furent adressés. M. Chomel, comme tout médecin éclairé, connaissant parfaitement l'influence qui pouvait être exercée par le changement de lieu, attendit pour administrer le prétendu spécifique qu'il s'écoulât quelques jours, afin, d'une part, que le diagnostic fût bien établi, et surtout pour s'assurer que les accès ne seraient pas modifiés par les conditions nouvelles auxquelles les malades étaient soumis. Or voici ce qui arriva : sur les 22 malades admis, il y en eut 7 dont les accès ne revinrent point ; ils furent guéris aussi vite et aussi sûrement que s'ils eussent pris la quinine. Chez 4, il y eut des accès décroissants ; chez 8, on constata que les accès étaient symptomatiques de phlegmasies peu intenses des membranes muqueuses, qui cédèrent aux délayants, au repos, à la diète et quelques antiphlogistiques. Restèrent trois malades dont la fièvre essentielle conserva toute son intensité dans les trois ou quatre accès qui suivirent l'admission à l'hôpital. Or, ces trois malades prirent d'abord le médicament à la dose prescrite par l'inventeur ; puis on en donna successivement deux, cinq, six, huit fois plus, et cela sans modifier la fièvre. Certes ces trois faits étaient insuffisants pour prouver que la poudre de houx ne guérissait pas la fièvre ; ils devaient pourtant inspirer déjà quelques doutes. Mais réfléchissez à ce qui fût advenu si M. Chomel eût procédé comme M. Piorry l'a fait ! L'administration de la poudre de houx n'eût pas empêché la fièvre de cesser tout à fait chez les 7 premiers malades, de s'amender chez les 4 autres ; vous admettrez bien aussi que les 8 individus qui avaient des accès symptomatiques et qui ont guéri par le repos et les délayants eussent non moins bien guéri en prenant un peu de poudre de houx, de sorte qu'on aurait conclu

que sur 22 malades la poudre de houx réussissait chez 19 : les trois cas d'insuccès eussent été regardés comme exceptionnels. On aurait donc considéré le remède comme un succédané remarquablement efficace.

« De pareils résultats n'ont pas besoin d'être commentés ; il suffit de les énoncer pour prouver combien l'expérimentation thérapeutique est difficile, combien il faut de prudence et de réserve pour ne pas se laisser induire en erreur, et combien aussi vous devez, Messieurs, exiger de garanties avant de donner votre sanction à un remède. »

Nous le répétons encore ; bien qu'adressées directement à M. Piorry, ces remarques, ces critiques, ces leçons pourront être utilement méditées par tout le monde ; et c'est pourquoi nous les avons séparées de la discussion spéciale pendante devant l'Académie, sur laquelle nous aurons d'ailleurs à revenir.

DE L'ABSENCE DES VIBRATIONS THORACIQUES *et du bruit du souffle comme signes de l'épanchement pleurétique* ; par M. GONDOUIN.

M. Gondouin a soutenu récemment une bonne thèse sur la thoracentèse à la Faculté de Paris. Il l'avait vue pratiquer un assez bon nombre de fois par M. Trousseau et M. Nonat ; il l'a pratiquée lui-même six fois sous les yeux de ce dernier. C'est là une expérience personnelle qui en vaut bien d'autres. Or, un des points qui l'ont le plus occupé est le diagnostic positif de l'épanchement ; et il a surtout fixé son attention sur deux signes, qui sans avoir peut-être toute la nouveauté qu'il leur accorde, n'en ont pas moins une valeur très-grande et jusqu'ici trop peu connue.

« La première fois, dit-il, que je me vis en présence d'un épanchement pleurétique considérable, et qu'il allait très-probablement falloir ponctionner d'un instant à l'autre, tous les dangers de l'opération se présentèrent à mon esprit. Un côté de poitrine étant donné, mat dans toute sa hauteur jusqu'à l'épine de l'omoplate en arrière, la clavicule en avant, et dans toute la cavité de l'aisselle, avec absence du bruit respiratoire, égophonie, etc., le trois-quarts enfoncé avec toutes les précautions voulues, et d'après toutes les règles, dans la cavité pleurale, évacuera-t-il toujours une quantité de liquide assez considérable pour légitimer aux yeux du malade à la fois et l'opération qu'il vient de subir, et l'adresse du médecin, qui n'a pas manqué de motiver son intervention armée sur cette évacuation, d'autant plus nécessaire et d'urgence qu'elle est plus abondante ? En un mot, *y a-t-il des signes qui puissent faire soupçonner que l'épanchement est considérable, et que, à la ponction, il s'échappera une proportion de liquide assez grande pour tout justifier ?*

« M. Nonat le croit, et voici quelle est, à ce sujet, sa pensée : à l'état normal de santé, les sons produits dans le larynx impriment aux parois thoraciques des vibrations que la main du médecin, appliquée sur ces parois, peut parfaitement percevoir. Maintenant que, sous l'influence d'un trouble survenu dans les proportions du liquide physiologiquement sécrété et absorbé par la surface pleurale, vienne s'interposer une masse très-notable de sérosité, de sang ou de pus, entre la plèvre pulmonaire et la plèvre pariétale, et le phénomène des vibrations sensibles à la main disparaîtra.

« Tel est le résultat de recherches que nous avons pu vérifier nous-même à plusieurs reprises.

« Ce fait, avancé seulement aujourd'hui, aura sans doute besoin d'être constaté souvent par d'autres pour être introduit d'une manière définitive dans la science. Toujours est-il qu'il nous a paru constant, et, par cela même, digne au plus haut point d'attirer l'attention. »

Toutes les fois donc que, dans un épanchement pleurétique, les vibrations du thorax cesseront d'être perceptibles, la

collection sera énorme, et la ponction tentée satisfera et le malade et le médecin.

Cependant il faut bien confesser qu'il y a quelques causes d'erreur importantes à connaître. D'abord à l'état physiologique, les voix élevées, comme on en rencontre chez quelques hommes, comme elles se trouvent chez toutes les femmes et les enfants, ne donnent pas de vibrations thoraciques que la main puisse apprécier. Voilà donc une catégorie d'individus chez lesquels notre guide fera défaut, pas complétement toutefois, car en faisant tousser ou compter fortement ces malades exceptionnels, on obtiendra souvent des vibrations. De plus M. Nonat a vu un homme très-vigoureux, à poitrine et larynx développés, à voix de basse-taille, lequel avait présenté des vibrations, quoiqu'il eût un épanchement énorme avec matité complète jusqu'au sommet, en arrière et en avant; mais on entendait en même temps un souffle bronchique très-intense. Aussi la ponction fut-elle suivie d'une évacuation copieuse et d'une rapide guérison.

C'est ici le cas de rechercher si, quand le signe tiré de l'absence des vibrations vient à manquer, l'opérateur n'en aura pas un autre qui puisse le guider dans la recherche et dans l'évaluation de la quantité du liquide? MM. Nonat et Beau pensent que le bruit de souffle, que le souffle bronchique est l'indice d'un épanchement abondant. Pour le dernier de ces médecins, ce bruit, ce souffle n'est que le retentissement, perceptible à l'oreille appliquée sur le côté malade, d'un bruit, d'un souffle qui se produirait au larynx, dans la glotte, au deuxième temps de la respiration, et à l'inspiration et l'expiration à la fois quand la respiration vient à être très-gênée. On comprend tout de suite que le bruit de souffle entendu aux deux temps aura par cela même une très-grande valeur.

Si maintenant on rapproche ce nouveau signe de celui étudié tout à l'heure, on voit combien à eux deux ils rendent précise la double étude de la présence du liquide et de son estimation quantitative. Voici en résumé les conclusions auxquelles M. Gondouin a été conduit par ses recherches et celles de ses maîtres.

« 1° Dans les épanchements extrêmes en abondance, on aura donc, indépendamment de la matité, de la dyspnée, de la suffocation, etc., absence de vibrations thoraciques, souffle tubaire intense et aux deux temps de la respiration.

« 2° Dans les épanchements d'un degré moindre sans suffocation, encore l'absence des vibrations, qui, par exception rare, pourront cependant exister, mais le souffle aux deux temps.

« 3° Enfin dans les cas légers, soit que l'épanchement commence à se produire, soit au contraire que, ancien déjà, par les forces de la nature, il prenne le chemin de la résolution, on aura les vibrations thoraciques, et pas de souffle, ou seulement au deuxième temps de la respiration.»

REMÈDE TRÈS-SIMPLE CONTRE L'ASTHME; *par* M. Al. FAVROT.

Prenez une solution fortement saturée de nitrate de potasse; plongez-y de l'amadou; puis, laissez-la sécher.

Procurez-vous un flacon à large tubulure, dont le bouchon sera percé au centre, de façon à donner passage à un tube creux quelconque (une pipe fermée à son extrémité pourrait suffire).

Allumez le morceau d'amadou et placez-le dans un flacon. Faites ensuite aspirer au malade, soit par la bouche, soit par les fosses nasales, les gaz qui se dégageront. Au bout de quelques inspirations, il éprouvera un soulagement qui ira toujours en augmentant.

Tel est le procédé fort simple dont je me sers avec succès, depuis déjà longtemps, lorsque je suis consulté par des personnes atteintes d'asthme.

Donner une explication satisfaisante pour tous les esprits de ce mode de traitement serait, peut-être, chose difficile.

Aussi me bornerai-je à émettre, et

encore sous la forme dubitative, l'opinion suivante :

N'y aurait-il pas inspiration par le malade d'une faible portion de l'oxygène dégagé, lors de la combustion du nitrate de potasse ?

Or, l'on sait que chez les asthmatiques, la circulation sanguine est incomplète dans les poumons, que le sang ne s'y régénère qu'imparfaitement, qu'il est noir, et n'y brûle pas son excès de carbone.

Y aurait-il donc alors combustion de cet excès de carbone par l'oxygène absorbé ?

(*Abeille médicale.*)

SUCCÈS REMARQUABLE DE LA TEINTURE DE SEMENCES DE COLCHIQUE DANS UN CAS DE RHUMATISME MUSCULAIRE AIGU, *par* M. BOUGARD.

On a lu plus haut un Mémoire fort curieux de M. Upshur sur divers médicaments employés contre le rhumatisme articulaire aigu; et l'on a vu combien peu il accordait de confiance alors à la teinture de colchique. Voici cependant un cas de rhumatisme aigu dans lequel le colchique a réussi au delà de toute espérance. Mais il ne faut pas oublier deux points très-importants; il s'agit, dans l'observation qui va suivre, d'un rhumatisme *musculaire;* de plus, la teinture de *semences* de colchique a une toute autre action que la teinture des *bulbes*. D'après l'analyse chimique, les bulbes contiennent de la *vératrine,* et les semences de la *colchicine*. Nous arrivons maintenant à l'observation.

OBS. — Une demoiselle de 35 ans, très-maigre, de faible complexion, ayant souvent souffert de la poitrine, était sujette, depuis un grand nombre d'années déjà, sous l'impression du froid humide, à des douleurs plus ou moins vives dans diverses régions du corps, de sorte qu'elle souffrait presque continuellement, mais d'une manière supportable. Vers la fin de décembre 1847, elle ressentit des douleurs tellement intenses dans le côté gauche de la poitrine qu'il lui était devenu impossible de trouver une position tolérable; le lit surtout lui était insupportable, de façon qu'elle devait passer la nuit sur un fauteuil. Dans la journée comme pendant la nuit, la douleur avait ses paroxysmes et ses moments de relâche; mais tout mouvement du tronc, tout changement de position réveillait le mal.

On lui pratiqua d'abord plusieurs saignées, malgré sa maigreur et sa faiblesse. On eut ensuite recours à de nombreuses applications de ventouses sacrifiées, à des cataplasmes, des sangsues, puis des vésicatoires avec accompagnement d'acétate de morphine; à l'intérieur des préparations opiacées, etc. Enfin, au bout de sept semaines, la malade se trouvait au même point que le premier jour; pendant cet espace de temps, la patiente n'avait pas passé une seule nuit dans le lit; l'insomnie était presque complète et l'affaiblissement très-considérable.

M. Bougard fut appelé vers la mi-février 1848; il trouva la malade assise, n'osant faire aucun mouvement, de crainte de réveiller ses souffrances; elle lui désigna le côté gauche de la poitrine vers les insertions du grand dentelé comme étant le point le plus douloureux; toute cette région était sensible à la pression, et les mouvements, surtout ceux du bras et de l'épaule, lui arrachaient des cris. Elle était maigre et débile. Les organes respiratoires, les voies digestives se trouvaient en assez bon état. L'existence d'une pleurodynie n'était pas douteuse.

M. Bougard prescrivit la teinture de semences de colchique, qu'il avait parfois employée avec succès dans des cas à peu près semblables. La malade en prit quinze gouttes le soir même, en trois fois, à une heure d'intervalle. A la seconde dose déjà elle éprouva du soulagement, et après la troisième elle se trouva tellement bien, qu'elle put se lever, se promener et monter à sa chambre.

Elle se mit au lit heureuse et contente, s'endormit profondément et se leva le lendemain ne ressentant plus que quelques légères douleurs; elle reprit l'usage de la teinture de colchique, et à onze heures, elle vint au-devant de son médecin pour lui annoncer qu'elle était radicalement guérie. En effet, la cure ne se démentit pas.

Depuis cette époque elle ressentit encore à différentes reprises, peut-être bien douze à quinze fois, après avoir été exposée à un air froid et humide, ou à un léger refroidissement après une course qui avait excité la transpiration, des douleurs rhumatismales plus ou moins intenses; et toujours elle s'en débarrassa très-promptement (en quelq nes heures) au moyen de la teinture de colchique, dont elle a toujours chez elle quelques petits flacons en réserve.

Ce résultat est presque merveilleux; c'est le plus beau que l'auteur ait obtenu de l'administration de la teinture de colchique; il l'a souvent employée avec succès, mais jamais avec une action curative si instantanée. Souvent aussi il confesse n'avoir rien obtenu de son administration.

Il essaie d'expliquer le succès obtenu par la spécificité du remède. C'est là une vue théorique qui ne peut conduire à rien; et c'est assez de saisir l'indication où il peut être utile.

(*Journal de méd. de Bruxelles.*)

Chirurgie.

D'UNE PUSTULE PARTICULIÈRE, OFFRANT L'APPARENCE DE LA PUSTULE MALIGNE, *et toutefois d'une grande bénignité;* par M. LECLERC, de Caen.

Tous les chirurgiens le savent, il n'y a rien de si obscur et de si confus à quelques égards que l'histoire des nombreuses variétés de la pustule maligne. Nous avons reproduit dans le *Journal de Chirurgie*, t. IV, p. 181, une note de M. Van Swygenoven, sur une variété assez remarquable, dans laquelle la grangrène demeure locale; et toutefois déjà cette variété avait été mentionnée. Au contraire, nous ne sachions pas que les observations suivantes puissent être rattachées à aucune description classique; et l'on remarquera que la pustule dont il va être question paraît bien s'accompagner d'un certain travail d'ulcération, mais non de gangrène proprement dite. M. Leclerc en a recueilli trois exemples.

OBS. I. — « Le sieur Nicolle, boulanger, rue Campiou, âgé de 40 ans, vint me trouver, dit l'auteur, le 8 décembre 1849, se plaignant de vives douleurs dans le bras droit, douleurs occasionnées par un bouton qu'il portait sur un doigt depuis quelques jours et qui ne lui avait causé qu'une démangeaison jusqu'au moment où il s'était couché la veille.

« La main développée, j'observai sur le doigt annulaire, auprès et en avant de l'articulation de la phalange avec l'os du métacarpe correspondant, une petite tumeur arrondie, de couleur brune, saillante, ayant la forme et le volume d'un bouton de vaccin, à bords relevés seulement dans les trois quarts de son pourtour, et offrant à son centre une dépression profonde en forme d'entonnoir : la tumeur paraissait contenir un liquide demi-épais et brunâtre dont elle tirait sa couleur.

« La main était distendue et douloureuse à la pression, ainsi que le bras et l'avant-bras, qui étaient recouverts dans leur partie externe d'une bande rouge s'étendant du poignet à l'épaule; une chaleur cuisante et des élancements se faisaient sentir dans tout le membre et sous l'aisselle d'une manière si violente, que l'insomnie avait été complète pendant toute la nuit.

« Le malade me raconta que depuis trois jours il avait ressenti une déman-

geaison au doigt, et qu'il avait aperçu un tout petit bouton transparent, gros comme une pointe d'épingle (ce fut son expression); que le lendemain, il avait le volume d'une grosse tête d'épingle; que, du reste, il ne s'en était nullement occupé et se livrait, comme par le passé, à ses travaux ordinaires; mais qu'ayant été troublé dans son sommeil et forcé de quitter son lit dans la nuit, il s'était décidé à venir me consulter.

« Cet homme est d'un tempérament nerveux-lymphatique, et n'a jamais, depuis plus de quinze ans que je le connais, fait de maladie importante.

« L'idée d'une pustule maligne m'étant venue, et connaissant ses goûts pour élever et soigner les animaux, je lui demandai s'il n'avait point touché quelque peau nouvellement enlevée, ou été blessé par la corne des pieds de son cheval qu'il aide souvent à ferrer ou ferre lui-même (le temps était tiède et très-humide); il me répondit négativement, mais il se rappela qu'ayant chez lui un lapin méchant, il en avait reçu, il y a cinq ou six jours, un coup de dent sur la main malade au moment où il lui donnait à manger.

« Je l'engageai à entourer le membre d'un large cataplasme, à le plonger dans un bain d'eau de son et à me faire prévenir si le mal augmentait, s'il éprouvait de la lassitude, de la pesanteur de tête, etc. Je me tenais prêt à agir avec énergie, persuadé que j'allais être appelé dans la journée ou pendant la nuit. Il n'en fut rien. Je m'empressai de faire à mon malade une visite le lendemain matin, et fus surpris de le trouver dans sa boulangerie, ayant le bras en écharpe, et m'annonçant que son bouton, comme il l'appelait, s'était ouvert dans le cataplasme, avait jeté une matière liquide, et qu'il était beaucoup soulagé.

« Examen fait de la main, je ne vis plus qu'un foyer d'un centimètre de profondeur, de la largeur de la pustule, et à fond rougeâtre; les débris de la pellicule avaient été entraînés par le cataplasme, qui, ayant été renouvelé, n'offrait qu'une teinte roussâtre qui le recouvrait dans une minime étendue. La main, l'avant-bras, le bras et l'aisselle étaient moins distendus et moins douloureux; l'état général du malade était bon, et, deux jours après, il ne restait aucune trace d'une affection qui m'avait donné des craintes sérieuses, si ce n'est une plaie de la grandeur d'un centime, à fond rouge, d'où suintait une sérosité presque incolore et qui ne tarda pas à se cicatriser. »

Obs. II. — « La femme Huet, âgée de 53 ans, travaillant journellement chez le sieur Nicolle, sujet de la première observation, vint me consulter le 13 mai 1850; elle portait, au niveau de l'articulation de la première phalange de l'indicateur de la main droite avec le deuxième métacarpien, une pustule de la grandeur d'un centime, avec soulèvement de l'épiderme et suintement de sérosité. Cette femme me raconta que le 11, à midi, elle sentit une démangeaison sur ce point et aperçut un petit bouton du volume d'une pointe d'épingle: dans la journée, il acquit la grosseur actuelle, se tuméfia, devint noir; la main, l'avant-bras rougirent, se gonflèrent et causèrent à la malade de vives douleurs. Elle fit le traitement que j'avais conseillé à son maître; le bouton s'ouvrit pendant la nuit et rendit une certaine quantité de sang noir et clair; le soulagement fut immédiat; les douleurs reparurent le soir et cédèrent un peu à des cataplasmes. Je glissai sous l'épiderme soulevé mon crayon de nitrate d'argent, il sortit beaucoup de sérosité. Des bains avec un simple pansement achevèrent en peu de jours la guérison. »

Obs. III. — « M. Tirard, jardinier pépiniériste, fit, au mois de septembre dernier, un voyage de Caen à Nantes, puis à Angers. En revenant de cette dernière ville à Paris, il tenait sa main gauche appuyée sur la portière ouverte de la voiture; il ressentit tout à coup une vive démangeaison entre les doigts indicateur et médius, à leur articulation avec les

métacarpiens correspondants ; la démangeaison continuant, il s'aperçut, le lendemain, en se grattant, qu'il portait une toute petite vésicule transparente au lieu mentionné ; il ne douta pas qu'il n'eût été piqué par une de ces nombreuses mouches qui bourdonnaient autour des voyageurs ; le temps était chaud et orageux.

« Lorsque deux ou trois jours après il revint chez lui, il apparut à la place du petit bouton, une pustule semblable à celles dont j'ai parlé dans les deux autres cas ; le bras s'enflamma, un engorgement considérable se manifesta dans le pli du même bras ; il en fut de même des glandes axillaires ; le malade ne peut dormir, tant ses douleurs sont aiguës. Je le vois le lendemain matin ; je lui conseille des applications émollientes ; la suppuration s'établit par le bouton qui s'est ouvert ; la douleur se tempère ; des résolutifs, un emplâtre de diachylon amènent une prompte guérison.

« Il est à peu près certain que, dans ce dernier cas, il y a eu piqûre d'un insecte. Cet insecte s'était-il reposé sur quelque animal en putréfaction ou mort du charbon; sécrétait-il un venin *sui generis ?* »

M. Leclerc se demande quel est la nature des pustules qu'il a eu à traiter, et n'ose conclure. Il y a là assurément une étude à faire ; et l'on voit, par la différence du pronostic et du traitement, de quelle importance serait ici un bon diagnostic différentiel.

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

TUMEUR FORMÉE CHEZ LA FEMME, *par le décollement du cuir chevelu sus occipital, et attribuée au tiraillement journalier des cheveux pour la coiffure ;* par M. THIRION, *de Namur.*

Il y a quelques années, je fus consulté par une demoiselle, alors âgée de 25 ans, pour une tumeur qu'elle portait depuis longtemps à la partie postérieure de la tête, et qui prenait de l'accroissement.

Cette tumeur, que je compare pour le volume, la forme et la densité, à une petite rate, était placée transversalement sur l'occiput. Elle faisait partie du cuir chevelu, et sa surface était abondamment pourvue de cheveux ; elle était très-mobile, et son bord crânien avait au moins *quinze fois* plus d'étroitesse que son bord libre ou postérieur. Le premier était dur et formait obstacle à l'aplatissement de la masse, quand on la comprimait.

Une telle disposition me suggéra l'idée de l'enlever, après l'avoir cernée par deux incisions semi-elliptiques, et j'en fis la proposition à la demoiselle ; mais elle ne put se résigner à subir cette opération sanglante, malgré que je lui eusse expliqué sa simplicité, la promptitude de son exécution et l'absence de tout danger. Elle préféra conserver la gêne qu'occasionnait la présence de cette tumeur, soit pour se coucher, soit pour se coiffer, de sorte qu'elle est encore à sa place.

Je considérai cette exubérance, cette espèce d'hypertrophie partielle du cuir chevelu comme étant une production innée ; et mon attention se borna là jusqu'à cette année, pendant laquelle je rencontrai, chez deux autres demoiselles, deux cas identiques, sinon pour le volume des tumeurs.

L'une de ces personnes est âgée de 19 ans, l'autre de 20.

L'une et l'autre (ainsi que la première) jouissent d'une bonne constitution et d'une bonne santé, et leur chevelure est très-épaisse.

Il y a trois ans, chaque fois que l'on coiffait, que l'on tiraillait les cheveux de haut en bas pour les démêler, on avait remarqué, au derrière de la tête, une tuméfaction molle et allongée transversalement; mais dès que la coiffure était terminée et la masse des cheveux fixée, elle disparaissait et faisait disparaître l'attention. Cependant la tumeur croissait; et cette année, lorsque l'on eut levé toutes les petites répugnances et que l'on se fut décidé à me consulter, elle avait, chez chacun des sujets, le vo-

lume et la forme d'un pancréas placé transversalement sur l'occiput.

Lorsque je soutenais la masse des cheveux d'une main, et que de l'autre je pressais sur la tumeur, je l'aplatissais jusqu'à un certain point, mais je ne faisais disparaître, ni l'excédant, ni l'hypertrophie de cette partie du cuir chevelu. Cette manœuvre ne pouvait s'opérer chez le sujet de la première observation, parce que le bord crânien de la tumeur était dur et cordonné.

L'appréciation de ces deux nouveaux faits me fournit la clef de l'interprétation du premier; aussi n'existe-t-il plus de doute, selon moi, sur la canse efficiente, laquelle est tout entière dans les tiraillements que, chaque jour, on exerce en arrière et de haut en bas sur la masse des cheveux pour les démêler et les préparer à la coiffure. Mais attendu que cette cause existe chez toutes les femmes, tandis que cet effet est rare, on doit admettre le poids d'une forte chevelure, et une laxité particulière du tissu cellulaire épicranien, comme cause prédisposante.

Quoi qu'il en soit, après avoir fait raser les cheveux des deux dernières demoiselles, j'ai fait pratiquer sur la tumeur des frictions avec une pommade à l'iodure de potassium, et ai exercé une compression exacte avec une bande amidonnée.

Ce traitement, suivi pendant six semaines, a suffi pour ramener le cuir chevelu à son volume normal, et lui rendre ses adhérences naturelles.

J'ai proposé le même traitement à la personne qui fut le sujet de ma première observation, mais elle l'a refusé, prétextant que le mari qu'elle vient de prendre ignore l'existence de cette seule imperfection.

Je n'ai pas trouvé, dans les livres de ma bibliothèque, la description de cette espèce de tumeur du cuir chevelu; mais il est possible qu'elle existe dans ceux que je ne possède pas. Cette remarque n'est donc pas destinée à faire croire que mon intention serait de prendre date de cette découverte.

En général, et dans l'état actuel et anormal des usages, la priorité ne peut plus être recherchée que pour découvrir et stigmatiser ses ravisseurs. Dans la majorité des cas exceptionnels, au lieu d'être restée une gloire pour l'homme et son pays, elle ne sert plus que de pâture à l'orgueil et à la vanité. La seule priorité qu'il faut défendre et conserver à tout prix, est celle qui a pour objet une grande et importante découverte : la position prise par notre savant M. Stas, au sujet de la nicotine, peut servir d'exemple.

(*Journ. de Méd. de Bruxelles.*)

BALLE DE PLOMB INTRODUITE DANS LA TRACHÉE, *et sortie spontanément après plus 40 jours par la position déclive*; par M. Beneys.

Il y a bientôt neuf ans que Brunel, le célèbre ingénieur, ayant un demi-souverain engagé dans la trachée, en fut débarrassé, après 40 jours, par le renversement du tronc, le poids du corps étranger l'ayant sollicité à tomber à travers la glotte devenue plus déclive que la trachée. Nous avons publié le Mémoire de Brodie sur ce sujet (*Journal de Chirurgie*, t. III, p. 51); et, dans le même volume, nous avons eu à citer deux autres succès obtenus de cette manœuvre à Paris et à Londres. Le fait qu'on va lire ajoutera à la démonstration déjà acquise; cependant, n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que le médecin qui l'a recueilli, le journal qui l'a publié, ne paraissent pas connaître encore la méthode à laquelle il se rattache? Nous laisserons M. Beneys exposer lui-même son observation.

Obs. « Jean Veyrat, âgé de 21 ans, boulanger, assez bien portant, quoique d'une constitution grêle, d'un tempérament lymphatique et nerveux, partit le 10 mars 1851, de Varennes, son pays natal, pour Bordeaux. Arrivé dans cette ville, il fut atteint d'une bronchite. Cette indisposition dura une semaine environ.

Le malade passait une partie de ses journées sur son lit. Un jour, après avoir mis dans sa bouche une balle de plomb d'un petit calibre (10 grammes), du volume de celles dont on se sert pour les pistolets ordinaires, il fut pris d'une quinte de toux, et, dans une forte inspiration, pendant qu'il dormait, ce corps étranger fut entraîné dans le larynx et descendit, à travers la trachée-artère, jusque dans la bronche droite. Le malade éprouva de suite un accès de suffocation, et fit de grands efforts pour faire remonter la balle Cet état d'anxiété dura quelques minutes. Il comprit alors que les grands efforts qu'il faisait n'avaient d'autre résultat que de faire descendre davantage ce corps étranger. Le calme revint un peu, quoique le malade sentît la présence de la balle dans le côté droit de la poitrine. Depuis ce moment, la toux devint incessante, les nuits se passèrent sans sommeil ; les journées étaient moins pénibles ; il perdit l'appétit, la fièvre survint, et l'amaigrissement fit de rapides progrès. Le malade eut occasion de voir deux confrères, auxquels il ne parla pas de l'accident qui lui était arrivé peu de jours avant. Ces médecins le crurent atteint d'une maladie du poumon droit déjà avancée, lui conseillèrent des boissons pectorales et le retour dans son pays natal.

« Veyrat, après être resté cinquante jours environ à Bordeaux, rentre dans sa famille le 28 avril ; je le vois le lendemain et le trouve dans l'état suivant. Ce jeune homme semble parvenu au dernier degré de marasme, et ne peut se tenir levé ; il est en proie à une fièvre continue avec exacerbation le soir ; la peau est chaude et sèche, les crachats peu abondants sont muqueux, blanchâtres ; la toux, qui arrive par quintes, est suffocante ; la langue et les voies digestives sont dans un état normal, mais il n'y a pas d'appétit ; le malade rapporte tout l'embarras qu'il éprouve au côté droit du thorax, un peu au-dessus du sein ; par l'auscultation, la respiration ne paraît s'y faire que très-imparfaitement ; la percussion ne fournit aucun résultat. Je n'hésitai pas à regarder Veyrat comme atteint d'une phthisie pulmonaire parvenue au troisième degré. J'en prévins sa famille, et je me bornai à conseiller des boissons pectorales et un emplâtre de poix de Bourgogne.

« Trois jours plus tard, le 2 mai, je revois le malade ; il m'apprend qu'il a eu, à plusieurs reprises, des quintes de toux suffocantes, et que, dans un effort, *pendant qu'il était fortement penché hors de son lit*, il avait vomi une balle de plomb avec environ trois cuillerées à bouche de pus. Alors il me raconte pour la première fois l'accident qui lui était arrivé à Bordeaux.

« Après la sortie de la balle, la toux convulsive cessa complétement, et le malade n'eut plus qu'une toux dépendante d'une irritation bronchique.

« Le lendemain, Veyrat expectora encore un peu de pus mêlé avec du sang. A compter de ce jour, la santé du malade commence à se remettre.

« Le 8 mai, huit jours après la sortie de la balle, il passe au conseil de révision, et est exempté sans examen comme phthisique. Il continue les boissons mucilagineuses, commence à manger, car l'appétit se fait sentir ; la fièvre disparaît. Enfin, dans l'espace de quinze jours, mon malade peut se promener ; il reprend ses forces ; la toux et la gêne de la poitrine disparaissent ; son embonpoint revient, et aujourd'hui 1er juillet, Veyrat est dans le même état que lorsqu'il partit pour Bordeaux. »

M. Beneys ajoute que c'était *vers la quatrième vertèbre dorsale*, que le malade accusait la présence du corps étranger, d'où il induit judicieusement que la balle s'était engagée dans la bronche droite. Il a bien reconnu aussi l'enseignement qu'apportait avec lui un pareil fait, et il propose d'appliquer la position déclive à l'expulsion des corps étrangers. Le conseil est excellent sans doute, et

M. Beneys apprendra avec plaisir qu'il a déjà réussi plusieurs fois.

(*Bullet. de Thérapeutique.*)

SUR UNE NOUVELLE ESPÈCE DE LUXATION DU MÉTATARSE (*luxation incomplète en dehors*); *par M. le professeur* LAUGIER.

On connaît aujourd'hui cinq ou six exemples de luxation du métatarse; tantôt les os métatarsiens font saillie en haut et chevauchent même un peu en arrière sur le tarse; tantôt à cette première luxation se sont jointes d'autres complications qui cependant n'en altèrent pas essentiellement le caractère; seulement, ici comme ailleurs, le déplacement est complet et incomplet.

Déjà, dit M. Laugier, dans le courant de cette année 1851, j'ai traité à la Pitié une jeune fille affectée d'une luxation incomplète du métatarse. Plusieurs métatarsiens, le premier, le deuxième et le troisième n'étaient plus de niveau avec le tarse, et s'étaient élevés au-dessus de lui d'une partie seulement de leur surface articulaire; le pied n'était pas raccourci. L'interne de garde avait remarqué cette *semi-luxation*, et, entraîné par son zèle, il avait procédé immédiatement à la réduction. Une grande mobilité observée pendant plusieurs jours ne laissait aucun doute sur la rupture des ligaments dorsaux et intermétatarsiens : les renseignements donnés par un interne instruit n'en laissaient pas davantage sur l'existence antérieure du déplacement. Mais lors même que l'on conserverait des doutes sur l'exactitude de cette première observation de luxation incomplète, on n'en pourrait avoir sur celle que je viens de recueillir sur un malade couché aujourd'hui dans la salle Saint-Gabriel, n° 5, et chez lequel existait une luxation incomplète du tarse, très-manifeste au niveau des premier et cinquième métatarsiens.

Cette observation est en même temps un exemple d'une luxation non observée jusqu'ici, la luxation latérale. Voici le fait.

OBS. — « Théodore Teneur, âgé de soixante-un ans, domestique, entré le 6 novembre 1851, salle Saint-Gabriel, n° 5, descendait d'un grenier par une échelle mal fixée, qui vint à tourner lorsqu'il était encore à cinq mètres du sol. Il essaya de se retenir avec les mains, puis lâcha prise et tomba d'environ quatre mètres sur le pied droit, placé dans la rotation en dedans. Le poids du corps porta en entier sur la partie antérieure du bord externe du pied ou du cou-de-pied. Le pied était nu au moment de l'accident. Le blessé, après avoir rencontré le sol, tomba sur le côté droit du corps, et se fit une contusion légère au niveau de l'olécrâne et sur la partie externe de la jambe droite. Deux heures après l'accident, il fut apporté à l'hôpital.

« Le lendemain 7 novembre, à la visite, je constatai les faits suivants : le blessé n'a point dormi, tant les douleurs qu'il éprouve sont vives. Le pied est tuméfié, ecchymosé, à la partie antérieure et supérieure du métatarse, au niveau des 2e, 3e, 4e métatarsiens; il est déformé, et on est surtout frappé de la courbure anormale que présente son bord interne. Ce bord forme un angle obtus dont le sinus regarde en dehors, et qui a pour sommet une saillie du premier cunéiforme en dedans. On connaît déjà la luxation du premier cunéiforme seul, mais ici ce n'est point lui qui est déplacé; il a conservé ses rapports avec le scaphoïde et le reste du tarse. C'est le premier métatarsien qui, avec le métatarse, est porté en dehors; en effet, le diamètre transversal du pied est augmenté. Une des extrémités de ce diamètre répond au bord saillant du premier cunéiforme; l'autre à la saillie plus prononcée que d'habitude du cinquième métatarsien sur le côté externe du pied.

« Le premier cunéiforme déborde le premier métatarsien d'environ 1 centimètre; par conséquent une partie assez

étendue de sa surface articulaire est devenue sous-cutanée et peut être touchée. Le cinquième métatarsien est aussi déplacé en dehors ; son articulation avec le cuboïde offre une mobilité anormale, et la pression exercée sur la tubérosité de son extrémité supérieure produit une réduction partielle suivie d'un déplacement nouveau au moment où la pression cesse. Le gonflement qui existe au niveau des troisième et quatrième métatarsiens, ne permet pas de reconnaître avec exactitude les inégalités accidentelles que peuvent présenter leurs articulations tarsiennes ; mais on constate à leur niveau une mobilité anormale et très-grande, plus marquée toutefois entre le cuboïde et les deux derniers métatarsiens qu'au niveau de l'articulation tarsienne du troisième.

« Quant au deuxième os du métatarse, il ne fait aucune saillie sur le tarse ; une crépitation facile à constater indique une fracture de cet os vers sa partie moyenne.

« Indépendamment du déplacement du premier métatarsien en dehors, cet os est un peu tourné sur son axe, de sorte que la face interne est un peu inclinée en haut ; il semble avoir subi, comme le métatarse, un léger mouvement de torsion en dehors.

« L'accident éprouvé par ce blessé n'est évidemment point une luxation du métatarse en haut et en arrière ; ce n'est point non plus une luxation en bas, dont on ne connaît pas d'exemple. C'est une luxation latérale incomplète en dehors.

« La réduction a prouvé aussi le sens de la luxation. Les excessives douleurs ressenties par le malade au moindre attouchement nous ont orcé de recourir au chloroforme pour compléter le diagnostic, et nous avons profité du sommeil du blessé pour opérer la réduction. Elle a été extrêmement facile et prompte par une pression simultanée sur le côté externe du métatarse, d'une part, et d'autre part, sur le bord interne du tarse. La crépitation a été entendue et sentie d'un côté à l'autre de l'articulation tarso-métatarsienne, et n'a pas laissé de doute sur la multiplicité des déplacements, et sur leur sens. Toute difformité a cessé à l'instant même ; un bandage inamovible, suivant le procédé de M. Burgraeve, de Gand, a maintenu la réduction pendant quelques jours.

« Nous avons levé cet appareil, afin de vérifier l'état des parties molles, et nous avons pu constater de nouveau et l'exactitude de la réduction de la luxation, et l'existence de la fracture du deuxième métatarsien, encore reconnaissable à la mobilité et à la crépitation. Aucun accident n'a suivi la réduction, et le blessé va bien, quoique le gonflement tarde à se dissiper ; car il est encore notable le 20 novembre, treize jours après la réduction de la luxation. »

M. Laugier a accompagné cette observation de remarques très-judicieuses sur le mécanisme et les symptômes de cette nouvelle sorte de luxation ; toutefois, comme il n'a pu que répéter ou commenter ce que renferme son observation unique, nous pensons qu'avant de tracer une description générale, il est à propos d'attendre de nouveaux faits.

(*Archiv. gén. de médecine.*)

Obstétrique.

SUR L'UTILITÉ DE RESTREINDRE OU D'ÉTENDRE L'APPLICATION DU FORCEPS *dans le cas de travail prolongé.*

Une question d'une haute importance a été soulevée à l'Académie de médecine, malheureusement par incidence, à l'occasion d'un rapport sur un sujet tout différent, en sorte qu'elle n'a pas pu être complétement vidée. Peut-être cependant en a-t-il été dit assez pour exciter une sérieuse attention ; c'est pourquoi nous avons jugé à propos d'y revenir.

Il s'agissait de savoir si le forceps

n'est pas trop fréquemment appliqué, selon M. Velpeau, ou au contraire, selon M. Gerdy, si l'on n'y a pas trop rarement recours. M. Gerdy représentait, avec une grande raison, selon nous, que le forceps convenablement appliqué est l'instrument le plus doux, le plus bienfaisant de la médecine opératoire ; et d'une autre part, que la pratique de bon nombre d'accoucheurs, qui répugnent à le mettre en usage, même quand on peut le faire sans danger, et qui préfèrent abandonner l'accouchement à la nature, au risque de souffrances prolongées, expose les femmes à une foule d'accidents sans aucun avantage réel. M. Velpeau, entre autres raisons, alléguait que les statistiques des grands établissements d'accouchements étaient uniformes pour témoigner que le forceps n'est que fort rarement nécessaire, et environ une ou deux fois sur cent. M. Malgaigne a fait observer que ces statistiques n'avaient pas dans la question toute l'importance qu'on pourrait croire ; d'une part, parce que le grand nombre de femmes qui y sont reçues empêche de donner à chacune des soins aussi assidus qu'on le fait dans la pratique ordinaire ; et qu'ainsi beaucoup d'entre elles sont abandonnées à la nature, malgré la durée parfois trop prolongée du travail, qui auraient pu être délivrées avec avantage par le forceps ; et enfin, qu'en regard de la pratique suivie dans ces grands établissements, il fallait mettre aussi les résultats, et leur mortalité beaucoup plus considérable.

M. P. Dubois a cru, nous ne savons pourquoi, qu'il y avait là quelque allusion personnelle. Il a donc répondu qu'à la Maternité et à la Clinique, toutes les femmes en couche étaient l'objet des soins les plus assidus, et que quant à la mortalité de ces grands établissements, tout le monde savait qu'elle était due à une toute autre cause que celle alléguée par M. Malgaigne, c'est-à-dire aux épidémies de fièvre puerpérale, contre lesquelles le forceps ne pouvait rien.

M. Malgaigne est donc revenu sur ces deux points ; savoir : premièrement sur l'assiduité des soins qu'on peut donner aux femmes dans les grands hôpitaux, et par suite sur la question de savoir si le forceps y est aussi souvent appliqué qu'il serait à désirer ; deuxièmement, sur les causes de la mortalité de ces établissements.

« J'ai été, a-t-il dit, à la tête du service des femmes en couche à l'hôpital Saint-Louis pendant quatre ans ; et dans ces quatre années, il s'y est fait de 16 à 1,700 accouchements ; soit plus d'un accouchement par jour. Or, en l'absence du chef de service, le soin des femmes en couche est remis à des internes qui, renouvelés tous les ans, ont besoin chaque année de faire leur apprentissage ; et à défaut des internes, à des infirmières dont la pratique est tout au plus suffisante pour les accouchements les plus simples. Il va sans dire que l'emploi du forceps est interdit à ces dernières ; pour les internes, ils sont au moins un certain temps avant d'en bien saisir les indications et d'oser y recourir; dans cette incertitude, lorsqu'il n'y a aucun danger pressant, ils préfèrent attendre à sa visite du matin le chef de service ; et dans cette longue attente qui peut aller jusqu'à vingt heures, on conçoit que le plus souvent la nature vient à bout de l'accouchement. Mais le forceps n'était donc pas nécessaire, dira-t-on ? Nécessaire absolument pour la terminaison de l'accouchement, non sans doute ; mais utile pour abréger le travail, et mettre les femmes à l'abri des dangers de souffrances trop prolongées, certes on ne saurait le nier; et dès qu'il est utile, en bonne pratique on peut dire qu'il est nécessaire.

« A la vérité, M. P. Dubois allègue qu'à la Maternité et à la Clinique le service est mieux organisé ; il y a un chef de Clinique instruit; il y a une sage-femme en chef digne de toute confiance; il y a des élèves de choix. J'accepte tout cela ; mais cependant il faut observer

qu'à la Clinique on fait de 11 à 1,300 accouchements par an, 3 à 4 par jour ; et à la Maternité environ 4,000, ou 12 par jour ; et je demande si avec un chef de service très-habile, mais absent hors le temps de sa visite ; avec un chef de Clinique très-habile, mais pareillement absent, on peut admettre que dix à douze femmes par jour reçoivent véritablement les mêmes soins que dans la pratique civile ; et si quand cinq ou six femmes sont en travail la nuit, on va éveiller la sage-femme en chef pour juger s'il faut agir, ou si on ne préfère pas attendre jusqu'à la visite du matin. Je tiens d'abord pour mon compte, qu'il est impossible qu'il en soit autrement ; car d'une part, il faut bien tenir compte des limites imposées à l'activité humaine ; mais ensuite comment en serait-il autrement, quand on enseigne aux élèves qu'il faut s'en fier le plus souvent à la nature, et appliquer le forceps le plus rarement possible ? Et finalement, ce que l'on pouvait présumer est un fait parfaitement avéré ; et je tiens de M. Cazeaux, qui a fait le service à la Clinique, que les choses s'y passent comme partout ailleurs, et qu'on ne va pas interrompre le sommeil de la sage-femme en chef pour abréger un accouchement qu'on laisse faire seul à la nature.

« Ainsi donc, en fait, les accouchements ne sont pas et ne peuvent pas être surveillés dans les grands hôpitaux comme dans la pratique civile ; et la proportion des cas où l'on y applique le forceps ne saurait être apportée en preuve ni donnée pour règle ; très-évidemment on ne l'y applique pas assez souvent.

« Et à ce propos, j'invoquerai ici une autorité bien puissante assurément, celle de M. P. Dubois lui-même. Dans une discussion que nous avons eue sur ce sujet, M. Gerdy présent, M. P. Dubois est convenu qu'en ville il appliquait le forceps un peu plus souvent qu'à l'hôpital. Mais il s'est hâté d'ajouter qu'il ne fallait pas y encourager les autres, à cause du péril de faire appliquer le forceps par des mains peu exercées ; en sorte que nous avons ce spectacle étrange, d'un professeur d'accouchements qui fait en pratique ce qu'il rejette en théorie, qui trouve certaines règles bonnes pour lui, mauvaises pour les autres ; en un mot qui pourrait dire à ses élèves : *Faites ce que je dis, et non pas ce que je fais !*

« Qu'il me soit permis à cet égard, à moi, professeur de médecine opératoire, de m'élever contre un pareil principe, puisqu'aussi bien le forceps et ses applications relèvent, jusqu'à un certain point, de la médecine opératoire. M. Dubois m'a demandé : pour les opérations graves, est-ce que vous engagez vos élèves à les pratiquer aussi librement que vous le feriez vous-même ? — A quoi j'ai répondu : oui, sans le moindre doute ; l'indication posée, il faut opérer ; c'est ce que dit la science, et c'est ce que l'enseignement doit dire, sans se préoccuper du reste.

« Reste maintenant à savoir, si la prolongation du travail peut être une des causes de la mortalité plus grande des hôpitaux d'accouchements ; je dis *une des causes*, et n'ai certes jamais voulu dire la seule. M. P. Dubois rapporte cette mortalité aux épidémies. Cela est vrai pour une portion des morts ; mais cela n'est vrai que pour une portion, et pour les temps où les épidémies sévissent, ce qui, après tout, n'est qu'une exception. Pendant les quatre années de mon exercice à Saint-Louis, nous n'avons eu que de rares menaces d'épidémies ; et qu'il me soit permis d'ajouter, que cette idée que la mortalité serait due aux épidémies est une idée fatatale, parce qu'elle empêcherait de rien faire pour la diminuer ; et qu'il y a quelque chose à faire, et qu'il y a beaucoup à faire. Assurément, le service des accouchements de Saint-Louis est placé dans des conditions bien autrement insalubres que la Maternité et la Clinique ; des salles étroites, écrasées, exposées au vent de Montfaucon. Aussi, l'année qui a précédé mon service, en 1844, la mortalité y avait été de 1 sur 15,

tandis qu'à la Maternité elle n'avait été que de 1 sur 23, à la Clinique 1 sur 28. Eh bien, en étudiant les causes déterminantes des fièvres puerpérales, et en tirant de cette étude des conséquences et pour la prophylactique et pour la thérapeutique, j'ai réduit successivement la mortalité à 1 sur 26, — sur 38, — sur 56, — sur 93. Mais, dira-t-on, peut-être les années étaient-elles plus favorables? Soit; mais dans les années correspondantes, la Maternité et la Clinique avaient une mortalité beaucoup plus considérable, et, par exemple, en 1848, quand je perdais une accouchée sur 93, la Maternité en perdait 1 sur 37, la Clinique 1 sur 50. Et, pour le dire en passant, c'est le refroidissement des accouchées, pendant la fièvre de lait, qui détermine presque toujours le frisson initial de la fièvre puerpérale; de même que c'est aussi un refroidissement, dans la fièvre traumatique, qui amène fréquemment le frisson initial de la résorption purulente chez les opérés. Dans les deux cas, prévenir les occasions de refroidissement, c'est une partie importante de la prophylactique; et rétablir la sueur disparue, c'est un des points les plus capitaux du traitement (1).

« Ainsi donc, il y a autre chose que les épidémies pour expliquer la plus grande mortalité des hôpitaux; reste à savoir si la prolongation du travail ne serait pas une de ces causes. Mais ici encore, je puis faire valoir cette autorité déjà invoquée, celle de M. P. Dubois. Dans un article sur la *fièvre puerpérale*, Dict. en 30 vol.: il en distingue deux formes principales, essentielles, outre une troisième, moins généralement admise. Or, pour la fièvre puerpérale *à forme inflammatoire*, quelles causes accuse-t-il? Avant toute autre, ce sont *les fatigues d'un long travail*. Et pour la *forme typhoïde*, avant toute autre cause, *la longueur du travail*. J'ai donc lieu de m'étonner beaucoup d'avoir été contredit par M. P. Dubois, quand sur les points les plus essentiels, je pouvais alléguer en ma faveur ou sa propre pratique, ou ses propres écrits. »

M. P. Dubois n'a pas répondu avec sa netteté ordinaire. Il a soutenu qu'*il n'est pas vrai de dire que la prolongation du travail soit une cause de fièvre puerpérale!* Et pourquoi donc alors l'a-t-il écrit? Il a prétendu que *le forceps ne peut pas diminuer cette prolongation*; et comment donc la diminue-t-il lui-même avec le forceps dans sa pratique civile? Il a allégué que l'expression de *prolongation du travail* est trop vague; et il aurait voulu que M. Malgaigne s'expliquât là dessus. Rien, assurément, n'eût été plus facile; il eût suffi de répéter ce qu'en a écrit M. P. Dubois, après bien d'autres, et apparemment l'Académie n'a pas besoin qu'on vienne lui débiter les lieux communs les plus élémentaires. Et quand M. P. Dubois, dans l'article cité, accuse *le long travail* et *la longueur du travail*, personne ne songera à lui reprocher le vague de ces expressions, qui sont comprises de tout le monde.

Mais M. P. Dubois a voulu réduire la dernière mortalité de Saint-Louis à 1 sur 75. Nous ne savons sur quelles raisons il se fonde; d'ailleurs, il est convenu lui-même que ce serait encore un très-beau résultat. Mais il ne veut pas que M. Malgaigne en ait le mérite; une autre année, a-t-il dit, cette brillante proportion de 1 sur sur 75 aurait bien pu se réduire à 1 sur 10 ou 15, par l'intervention d'une épidémie.

Cela est très-juste; mais M. P. Dubois oublie que la statistique de Saint-Louis n'a pas été absolue, qu'elle a été comparée pour les mêmes années avec celles de la Clinique et de la Maternité. Or, si la Maternité perdait 1 sur 37, pendant que Saint-Louis ne perdait que 1 sur 93 ou même 75, quelle serait donc la mortalité de la Maternité, si à Saint-Louis elle montait à 1 sur 10 ou 15? Voilà ce qu'il aurait été curieux de discuter.

(1) Voir pour quelques-unes de ces idées et pour la statistique de ces résultats, *la Revue médico-chirurgicale*, t. VI, p. 130.

M. Moreau, lui aussi, ne s'est pas déclaré satisfait des résultats de Saint-Louis, parce que dans ces statistiques, a-t-il dit, on rassemble des faits qui ne sont pas semblables. M. Moreau a oublié que les statistiques n'ont précisément d'utilité, que quand les faits sont dissemblables, bien que du même ordre ; pour les faits semblables, il n'est pas besoin de statistique. Et, enfin, si les résultats de Saint-Louis ne satisfont pas M. Moreau, sera-t-il satisfait de ceux de la Maternité ?

Encore, les résultats indiqués pour la Maternité, se trouvent-ils aggravés par d'autres chiffres publiés par un accoucheur suédois, M. Faye. En rendant compte de cette discussion, *l'Union médicale* regrettait qu'elle eût été écourtée, et que les orateurs n'eussent pas tenu compte des documents de M. Faye. *L'Union* avait raison ; il est fortement à regretter que le débat ait eu lieu d'une manière incidente et n'ait pu être poussé plus loin. Nous avons recouru aux documents de M. Faye, il donne pour la Maternité, en 1848, une mortalité de 1 sur 33 ; pour la Clinique, 1 sur 48 ; et c'est une année exceptionnelle. Un autre point, qui n'a pas été touché, est la mortalité des nouveaux-nés dans les grands hôpitaux, où le forceps est si rarement et trop rarement appliqué. A la Maternité, en 1848, le chiffre des enfants morts-nés a été de 1 sur 17 ; à la Clinique, 1 sur 12. N'est-ce pas là un grand sujet d'enseignement et de méditation ?

Mais, finalement, quelle est la proportion des applications du forceps dans ces deux hôpitaux? M. Faye l'a indiquée pour la Maternité, elle est au-dessous de tout ce qu'on pourrait attendre ; de 1843 à 1848, sur 17,657 accouchements, le forceps a été appliqué 87 fois, moins de 1 fois sur 200 ! Eh bien, nous n'hésitons pas à le dire ; tant d'accouchements laissés aux seules forces de la nature, épuisant les forces de la mère, les forces du fœtus, oui, cela doit entrer pour une grande part dans la mortalité ; et nous désirons vivement qu'une occasion meilleure se présente, de traiter ce sujet à fond devant l'Académie.

Pharmacologie.

NOTE SUR QUELQUES PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES DE LA SPIRÉE ULMAIRE OU REINE DES PRÉS ; *par* M. BOUCHARDAT.

Le docteur Tessier (de Lyon), ayant constaté les propriétés diurétiques de cette plante, vantée l'année dernière comme un remède infaillible de certaines hydropisies, par un prêtre de la Haute-Marne qui écrivit à l'Académie des sciences pour lui signaler les propriétés qu'il avait reconnues à la reine des prés ; il nous a semblé qu'il pourrait être utile de composer quelques formules pharmaceutiques pour l'emploi de cette plante, que les récentes expériences du docteur Tessier vont très-probablement tirer de l'oubli dans lequel, à tort peut-être, elle était tombée depuis assez longtemps.

Un pharmacien belge, M. Bonnewyn, a publié dernièrement, il est vrai, des formules pour la préparation d'un sirop et d'une teinture d'ulmaire; mais nous croyons que les préparations de ce pharmacien laissent à désirer : 1° en ce qu'elles renferment une trop faible proportion de la plante ; 2° en ce que le *modus faciendi* de son sirop, eu égard aux principes que contient la reine des prés, ne nous paraît pas conforme aux règles de l'art pharmaceutique.

Nous ferons remarquer que M. Bonnewyn n'emploie pour ses préparations que les sommités d'ulmaire, tandis que nous croyons qu'il convient d'employer

la plante entière; enfin, l'honorable pharmacien belge a aussi omis de dire s'il se servait de sommités récentes ou séchées.

Avant de décrire les formules que nous avons expérimentées, et que nous croyons rationnelles, nous ferons encore remarquer que l'ulmaire est une plante qui renferme peu d'eau de végétation, et que, le voudrait-on, il ne serait guère possible d'en extraire le suc pour lui donner une forme pharmaceutique quelconque. Nous avons constaté, en effet, qu'elle perdait à peine la moitié de son poids par la dessication, et l'on sait qu'il y a très-peu de plantes qui soient dans ce cas.

C'est de la plante sèche dont nous nous sommes servi pour exécuter les formules que nous proposons, parce que nous avons reconnu que la dessication ne la privait réellement que de son eau de végétation.

On sait d'ailleurs que l'huile volatile complexe qu'elle donne lorsqu'on la soumet à la distillation ne prend naissance que sous l'influence de l'eau (Pagenstecher).

L'infusé de spirée se colore en noir par le sulfate de fer, et précipite abondamment par la solution d'émétique, ce qui semblerait justifier les propriétés astringentes que lui attribuait Lemery.

Une forte décoction d'ulmaire qui reste transparente tant qu'elle est *chaude*, devient trouble lorsqu'elle est *refroidie*; dans ce dernier état, si on la soumet à l'action de la chaleur, elle redevient transparente. On voit que dans cette circonstance la décoction de la reine des prés se comporte absolument comme celle de quinquina.

D'après les données ci-dessus relatées, voici les formules que nous croyons devoir soumettre à la sanction des hommes compétents, pour l'emploi de cette plante :

Eau distillée d'ulmaire.

Sommités fleuries et sèches bien conservées.. .... 1,000 gram.
Eau froide............. q. s.
pour baigner la plante.

Laissez macérer pendant quelques heures, et distillez pour obtenir 2,000 grammes de produit.

L'hydrolat d'ulmaire possède une odeur aromatique agréable, et est certainement doué de propriétés médicales, soit calmantes, soit antispasmodiques, etc., qui mériteraient de le faire employer. L'ammoniaque et les autres alcalis caustiques ou carbonatés lui communiquent une teinte jaune verdâtre assez prononcée ; les sels ferriques y développent une couleur rouge violacée très-intense, caractère qui appartient, comme on sait, à l'acide *spiroylique* (salicyque de Piria) qu'il renferme.

Extrait.

Ulmaire sèche (feuilles, tiges et fleurs) en poudre grossière ..... 1 partie.
Alcool à 25 (50 cent.).. 6 à 7 parties.

Faites macérer pendant six à huit jours, à une température d'au moins 30 degrés, en agitant souvent, puis expérimentez et filtrez.

Distillez la liqueur au bain-marie pour retirer toute la partie spiritueuse, puis évaporez le résidu à la vapeur jusqu'en consistance d'extrait.

Sirop.

Ulmaire (feuilles, tiges et fleurs) .... 900 gram.
Eau froide............. q. s.

Laissez macérer pendant quelques heures, et distillez pour obtenir 1,000 grammes d'hydrolat.

D'autre part :

Evaporez au main-marie le décoctum de l'alambic jusqu'à ce qu'il soit réduit au poids de 600 grammes. Filtrez-le pendant qu'il est chaud, ajoutez-le ensuite à l'eau aromatique, et faites dissoudre en vase clos, à la chaleur du bain-marie, dans les deux liqueurs réunies :

Sucre........... 2 kil. 900 gram.

Ce sirop renferme les principes d'un sixième de son poids d'ulmaire.

La reine des prés donnant sensiblement le quart de son poids d'extrait, on pourrait encore préparer le sirop d'ulmaire d'après la formule suivante :

Hydrolat d'ulmaire très-aromatique.................... 1 kil.
Extrait hydro-alcoolique. 130 gram.

Dissolvez l'extrait dans l'hydrolat, filtrez et ajoutez :

Sucre........... 1 kil. 900 gram.

Faites un sirop par simple solution, en vase clos, au bain-marie.

Teinture.

Poudre grossière d'ulmaire. 1 partie.
Alcool à 56 cent........... 4 —

Faites macérer pendant quinze jours, passez avec expression et filtrez.

(*Rép. de pharm.*)

BULLETIN CLINIQUE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

NÉVRÔME SITUÉ DANS L'ÉPAISSEUR DU NERF TIBIAL POSTÉRIEUR; EXTIRPATION; GUÉRISON ; *observation recueillie par* M. PORCHAT, *interne.*

OBS.—Péronnet, âgé de 50 ans, tambour-maître, fort et bien constitué, jusqu'en 1848, il avait toujours joui d'une bonne santé, à part diverses infections syphilitiques durant sa jeunesse, des chancres, des blennorrhagies et une orchite en 1835. Il avait eu aussi une bronchite aiguë, suivie de douleurs dans les jambes et dans les cuisses, qui devinrent même le siége d'un gonflement œdémateux.

Depuis lors, à plusieurs reprises, il éprouva des douleurs sujettes à changer de place, et qui siégeaient surtout dans les jointures, parcourant aussi quelquefois la longueur des membres ; toutefois, il n'y faisait pas grande attention.

En 1848, à la suite d'une fluxion de poitrine, les douleurs augmentèrent et s'accompagnèrent de crampes dans les jambes. Il prit des bains de vapeur pendant longtemps sans éprouver de soulagement. Il y a deux ans, une de ces crampes qui avait été très-forte détermina une douleur tellement vive dans la jambe gauche, que le malade crut s'être *cassé un nerf*, et, depuis lors, il a toujours eu des élancements dans la partie postérieure de cette jambe et dans le gros orteil correspondant. C'est pour cette affection qu'il entra à l'hôpital Saint-Louis, le 20 octobre 1851.

La jambe était un peu œdémaciée, de telle sorte qu'on n'y distinguait aucune tumeur ; et, d'une autre part, les antécédents du malade fournissant une indication très-spécieuse, on lui fit prendre de l'iodure de potassium à la dose progressive de 1 jusqu'à 4 grammes ; on eut aussi recours aux bains alcalins, sulfureux, etc.; rien n'y fit ; et les douleurs devenues continuelles allaient jusqu'à lui ôter le sommeil.

Enfin, vers le 10 novembre, le repos et les bains ayant dissipé le gonflement, M. Malgaigne parvint à reconnaître, dans l'épaisseur des chairs, un peu au-dessus du tiers inférieur de la jambe, une petite tumeur dure, roulante, très-douloureuse au toucher. Il diagnostiqua une de ces tumeurs douloureuses qui, le plus souvent, se rencontrent sous la peau, et qui, à une plus grande profondeur, occupent de préférence l'intérieur des nerfs, et prennent alors proprement le nom de *névrômes*, et se décida à l'enlever. L'opération fut pratiquée le 12 novembre.

Le chirurgien ayant bien reconnu la tumeur, et présumant qu'elle se trouvait sous les muscles du tendon d'Achille, souleva, avec les doigts de la main gauche,

les chairs du côté externe pour la faire saillir du côté interne; et sur ce relief, encore profondément recouvert par les chairs, il fit une incision de 5 à 6 centimètres vers le bord interne du soléaire, dans le sens de la longueur du membre. La peau, l'aponévrose et quelques fibres musculaires divisées mirent à nu une tumeur dure et blanchâtre, mais si profonde que, pour l'attirer au dehors, l'opérateur jugea nécessaire de la saisir avec des pinces de Museux. Ces pinces confiées à un aide qui attirait ainsi fortement la tumeur au dehors, il devint facile de la dégager. Elle paraissait occuper le centre du nerf tibial postérieur, dont quelques faisceaux durent en être séparés avec le bistouri. Il y en eut un toutefois qui avait été attiré au dehors avec la tumeur même, et qui fut non-seulement coupé, mais excisé sur une assez grande longueur dans la dissection de la tumeur. L'artère tibiale postérieure fut aussi atteinte par la pointe du bistouri; une première ligature laissant revenir le sang par le bout inférieur, celui-ci fut lié à son tour, et le sang ne reparut plus. La plaie fut simplement réunie avec des bandelettes de diachylon.

La tumeur ovoïde, grosse comme une petite noix, lisse extérieurement, sans aucun prolongement, était constituée par du tissu fibro-plastique, et le microscope ne découvrit aucun filet nerveux dans son intérieur.

Le malade passa une nuit agitée; il souffrait beaucoup dans le pied et y ressentait de l'engourdissement et du froid. On éleva la jambe sur un coussin, on recouvrit le pied de cataplasmes chauds et l'on prescrivit 20 centigrammes d'opium.

Le sommeil revint dès la nuit suivante; mais le froid et l'engourdissement persistant dans le pied, on essaya de le réchauffer en l'enveloppant de ouate. Le malade ne put supporter le coton, et l'on revint aux cataplasmes chauds.

Bientôt, d'ailleurs, le froid et l'engourdissement diminuèrent. Le 2 décembre, la plaie était presque cicatrisée.

Le malade fut encore conservé pendant trois semaines à l'hôpital, pour surveiller le retour du membre à la sensibilité et à la mobilité normales. Il est sorti le 23 décembre, délivré des douleurs pour lesquelles il y était entré; ayant recouvré à peu près tous les mouvements du pied, sauf un peu de faiblesse, et ne conservant plus qu'une légère sensation de froid qui avait beaucoup diminué.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE; VARIÉTÉ TUBAIRE; MORT PAR RUPTURE DU KYSTE; HÉMORRAGIE INTRA-PÉRITONÉALE; observation recueillie par M. DELACOUR, *ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'école de médecine de Rennes.*

OBS. — La malade, âgée de 24 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Rennes, le 26 mars 1851. D'une bonne santé habituelle, bien conformée, elle est mariée depuis huit mois, et n'a pas eu d'enfants. Ses règles n'ont pas paru les deux derniers mois; ses seins ont un peu augmenté de volume. Huit à dix jours environ avant son entrée à l'hôpital, elle a éprouvé, dans le bas-ventre, des coliques suivies d'une perte peu abondante; elle rendit toutefois un caillot de sang assez volumineux.

M. Pinault, dans le service duquel elle se trouva, crut à une grossesse et prescrivit seulement le repos.

Le surlendemain de son arrivée, dans la nuit du 28 au 29, elle fut prise de douleurs vives dans le ventre, d'anxiété; elle devint pâle, tremblotante; le pouls s'affaiblit, et, après plusieurs syncopes, elle expira à six heures du matin, quatre heures après le commencement des accidents.

L'autopsie est pratiquée le 30, à neuf heures du matin. A l'incision de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de sang fluide, et nous trouvons des caillots dans l'excavation du bassin et sous les épiploons ; nous estimons à 3 livres la quantité de sang épanché. Au milieu de ces caillots, on découvre un fœtus de deux à trois mois, avec le cordon déchiré, quelques débris de placenta et des membranes. Après avoir enlevé les caillots avec précaution, nous trouvons, au-dessus de l'ovaire gauche, une tumeur remplie de sang, située à l'extrémité libre de la trompe : cette tumeur est noirâtre, déchirée à sa partie supérieure dans une largeur d'un travers de doigt. Des adhérences celluleuses, des brides multiples fixent l'utérus, l'ovaire gauche et la tumeur surajoutée au rectum et au pourtour du bassin.

J'enlève avec soin tous les organes situés dans la cavité pelvienne, et les trouve dans l'état suivant :

Utérus.—Augmenté de volume, il a 13 centimètres de hauteur et 8 de largeur. Cette augmentation tient principalement au développement du corps, dont le col est resté parfaitement distinct. Incisé sur sa face postérieure, il offre un tissu plus vasculaire et à fibres plus apparentes ; l'épaisseur de la paroi est de plus de 1 centimètre. Dans la cavité du corps, la muqueuse rouge, très-vasculeuse, molle, peu adhérente, se laisse déchirer par la moindre traction ; son épaisseur est de 2 à 3 millimètres ; au col, l'adhérence est au contraire intime, et, dans son intérieur, sont des mucosités filantes faciles à détacher (bouchon muqueux) ; aucune membrane ne sépare la cavité du corps de celle du col. Cette muqueuse ressemble en tous points à la caduque que j'ai eu plusieurs fois l'occasion de disséquer sur des utérus, à la même époque de la gestation intra-utérine. Dans le corps, il n'y a aucun produit à sa face interne.

Ovaires. — Le gauche parfaitement libre, bien développé ayant un enveloppe propre un peu plus épaisse et plus dense qu'à l'ordinaire, situé en arrière et au-dessous de la tumeur de la trompe, dans sa position normale. Incisé, il présente cinq ou six vésicules de Graaf, remplies d'un liquide séreux, et un corps jaune arrondi de 5 millimètres de diamètre, placé à 1 millimètre de l'enveloppe propre, et paraissant à un degré avancé d'évolution ; la membrane jaune, grenue, plissée, qui en forme le contour, ne contient pas de caillot sanguin dans son intérieur, mais seulement une gouttelette d'un liquide épais et louche. L'ovaire droit dans sa position normale, d'un volume un peu plus grand que le gauche, moins arrondi ; une bosselure le surmonte ; incisé sur cette bosselure, il offre un corps jaune de 12 millimètres de long et de 8 millimètres de large, recouvert par la tunique fibreuse, formé d'une membrane périphérique jaune de 3 millimètres d'épaisseur, en forme de fer à cheval ouvert vers le centre de l'ovaire ; un petit caillot sanguin, large de 2 millimètres, occupe toute la longueur de ce *corpus luteum*. Sur la face postérieure, et près du bord adhérent de l'ovaire, un second corps jaune, un tiers moins grand que celui-ci, semblant plus récent, présente à sa périphérie une enveloppe moins épaisse et, dans l'intérieur, un liquide sanguinolent et un petit caillot.

Trompes.—Du côté gauche, la trompe, d'un volume normal dans sa partie interne, se dilate au point qui correspond au pavillon, et forme cette tumeur que nous avons déjà signalée ; tumeur actuellement modifiée dans sa forme et son volume. C'est évidemment dans son intérieur qu'était contenu le fœtus qui a été trouvé au milieu de caillots dans l'abdomen ; c'est de son intérieur que provient cette hémorragie si promptement mortelle. Dans sa cavité qui, actuellement, ne logerait pas sans distension plus qu'un œuf de pigeon, on trouve quelques caillots ; adhérents dans les deux tiers de la surface, un placenta gorgé de sang ; la portion très-minime qui n'en est pas recouverte est supérieure et externe. L'extérieur de cette

poche est lisse et formée par le péritoine ; à son sommet, des lames celluleuses très-minces sont surajoutées. Les parois, de l'épaisseur normale des parois du pavillon, sont molles, lacérées et peu susceptibles d'une dissection convenable ; la surface interne est tomenteuse. La trompe est perméable dans toute son étendue, excepté à son orifice externe sur lequel le placenta s'implante.—La trompe du côté opposé est imperforée en dehors ; les franges du pavillon ont contracté une adhérence qui paraît déjà très-ancienne, et dans l'intérieur est un liquide trouble, sanguinolent et muqueux ; à partir de là, elle est perméable. Ni l'une ni l'autre n'est augmentée de volume.

Dans les autres organes, nous ne trouvons pas de lésion : le cœur est vide de sang et ses *cavités dilatées ;* tous les tissus exsangues.

Cette observation, qui a beaucoup d'analogues dans la science, nous paraît cependant intéressante sous plusieurs rapports. Elle nous permet de constater dans l'intérieur de l'utérus une membrane vasculeuse, complétement semblable à la caduque des grossesses intra-utérines (muqueuse utérine) ; vascularisation qui se produit en petit à chaque menstruation.

Plusieurs corps jaunes se trouvaient dans les ovaires ; ce fait a été signalé par plusieurs observateurs. En effet, plusieurs ovules peuvent se détacher au moment de la conception, et un seul être fécondé. Dans ce cas particulier, tous les corps jaunes ne semblaient pas avoir la même ancienneté ; se pourrait-il que l'évolution des ovules continuât, lorsque la grossesse est extra-utérine ; et l'hémorragie qui eut lieu chez notre malade, dix jours avant sa mort, serait-elle une menstruation ? Notons encore la dilatation du cœur dans une mort par hémorragie, fait anormal.

BIBLIOGRAPHIE.

ÉTUDES SUR ES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DU TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE *par le docteur* HENRI GINTRAC. (*Mémoire couronné par l'Académie de médecine*).

Le titre de ce Mémoire est l'énoncé d'une question mise au concours en 1848 par l'Académie de médecine. La savante compagnie demandait un travail basé sur des faits aussi nombreux et aussi exacts que possible ; elle voulait des *démonstrations* et non des *conjectures*. Aussi l'auteur, pour se conformer au programme, a-t-il commencé tout d'abord par rapporter 91 observations détaillées relatives aux huit maladies suivantes : pneumonie, bronchite aiguë et chronique, bronchite capillaire, phthisie pulmonaire, angine laryngée œdémateuse, rhumatisme et hypertrophie de la rate ; observations qui, pour le dire en passant, nous ont paru des plus remarquables sous tous les rapports.

La collection de ces faits est l'échafaudage au moyen duquel M. Gintrac a pu construire son édifice. Les aphorismes par lesquels il a conclu sont les corollaires logiquement déduits de l'analyse et de la comparaison des observations particulières. A la rigueur, le praticien qui, pressé par de nombreuses occupations, voudra chercher des enseignements immédiatement applicables dans un cas donné, pourra s'abstenir de lire en entier la première partie du livre, qui est cependant loin d'être inutile, pour arriver au résumé pratique qui en forme la seconde partie.

Quelques propositions sur l'action physiologique du tartre stibié précèdent les considérations thérapeutiques. C'est ainsi que M. Gintrac établit : que le tartre stibié irrite les tissus avec lesquels il est en contact ; qu'il exerce une action spéciale sur les organes digestifs ; que, pris à forte dose, il agit comme poison irri-

tant; que, bien que méthodiquement administré et dans un but thérapeutique, il peut déterminer une irritation plus ou moins vive des voies digestives; qu'il augmente souvent l'état phegmasique de la muqueuse gastro-intestinale, lorsque celle-ci était déjà irritée ou enflammée ; enfin, qu'il peut ne produire aucun symptôme d'irritation des voies digestives, et n'y laisser après la mort aucune ou que de faibles traces de phlegmasie.

Arrivé là, l'auteur se trouve conduit à examiner quatre questions importantes de l'histoire du tartre stibié à haute dose : la tolérance est-elle le fait le plus ordinaire dans l'administration du tartre stibié à haute dose? est-elle propre à l'état morbide? est-elle nécessaire au succès de la médication? En vertu de quelles conditions s'établit-elle, et quelles en sont les causes essentielles? questions qu'il discute avec soin et dont il donne les solutions qui, dans l'état actuel de la science, paraissent les plus rapprochées de la vérité.

C'est encore par des faits que M. Gintrac établit que non-seulement le tartre stibié donné à haute dose peut ne pas provoquer l'irritation des voies digestives, mais paraît quelquefois diminuer celle qui existait; qu'il augmente la sécrétion de l'urine et la perspiration cutanée, qu'il ralentit la circulation et la respiration.

En résumé, M. Gintrac pense que le tartre stibié à haute dose, stimulant par excellence, local et général, n'est pas un hyposthénisant ou un débilitant absolu, mais un *sédatif indirect*, agissant par l'influence qu'il exerce sur le système nerveux, par la perturbation qu'il entraîne dans le jeu des principaux organes; son action semblerait donc se rapprocher de celle des révulsifs, au nombre des plus puissants desquels l'auteur semble assez disposé à le placer.

Le travail de M. Gintrac est assurément un des meilleurs que nous ayons sur la matière. Cependant nous ne devons pas nous taire sur une lacune que nous y avons constatée ; nous eussions voulu y voir traiter autrement que d'une manière incidente cette débilitation, cette stupéfaction du système nerveux qui détermine quelquefois l'agent thérapeutique dont nous parlons et qui pût être telle que l'on soit obligé pour la faire cesser d'administrer aux malades les toniques les plus énergiques. Ce point nous paraît mériter une attention toute particulière, et nous eussions désiré que M. Gintrac, en signalant le phénomène, eût tenté d'en donner l'explication.

A. F.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — 19 *janvier*. — *M. Orfila* neveu lit un Mémoire *sur l'élimination des poisons*. Un grand nombre de poisons, après avoir été absorbés, passent dans les divers produits de sécrétion, urine, sueur, salive, sécrétion gastro-intestinale. Tous ne vont pas dans tous ces produits ; le plus grand nombre cependant se trouvent dans l'urine. Il est remarquable que l'arsenic et l'iode ne passent pas dans la bile. L'auteur conclut que, lorsqu'un poison est absorbé, l'emploi des diurétiques, des purgatifs et des sudorifiques, en facilitant son expulsion, peut rendre les plus grands services à la thérapeutique, même pour ceux des poisons qui ne sont pas facilement expulsés avec l'urine.

— *M. Bobierre* adresse une note *Sur l'influence du chlore humide dans le traitement de la glucosurie.*

26 *janvier*. — *M. Camille Dareste*, préparateur à la Faculté des sciences de Rennes, transmet un Mémoire *sur les circonvolutions du cerveau*. Il croit être arrivé à démontrer que le plus ou moins de développement des circonvolutions n'est

point en rapport avec le développement des facultés intellectuelles, mais qu'il suit uniquement le développement de la taille. Ainsi, le cerveau est proportionnellement plus volumineux chez les petites espèces et chez les jeunes individus des grandes espèces; et cependant les petites espèces, à qui l'on reconnaît plus d'intelligence, ont le cerveau lisse ou presque lisse.

— *M. Adolphe Richard,* prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, adresse un *Essai sur l'anatomie philosophique et l'interprétation de quelques anomalies musculaires du membre thoracique dans l'espèce humaine.*

2 *février.* — *M. d'Abbadie* adresse une note sur un nouveau remède contre le ténia ou ver solitaire. — « Parmi les huit ou dix remèdes les plus usités, dit M. d'Abbadie, on ne connaît en France que le kousso. C'est un purgatif drastique qui fatigue l'estomac, et occasionne souvent des nausées si fortes que le patient ne peut pas le digérer. D'ailleurs, il doit être réitéré tous les deux mois, et enfin il n'effectue jamais de guérison radicale. En outre, j'ai vu l'usage du kousso produire des dyssenteries toujours opiniâtres et quelquefois mortelles.

« Le *musanna* est exempt de tous ces inconvénients. C'est l'écorce d'un arbre qui croît près de la mer Rouge, dans les environs de Muçawa. La dose est de 60 à 70 grammes pulvérisés avec soin et exhibés dans un véhicule demi-fluide, par exemple, du miel ou de la bouillie de farine. On prend ce remède deux ou trois heures avant le repas, et le ténia est expulsé le lendemain généralement, sans purgation ni tranchées. Quelquefois, la guérison n'a lieu que le deuxième ou troisième jour. » M. d'Abbadie adresse à l'Académie trois doses de musanna.

Académie de médecine. — 20 *janvier.* — *M. Chailly-Honoré* lit un rapport *sur une méthode nouvelle d'application du forceps au détroit supérieur,* et qui consiste à conduire le forceps en n'introduisant qu'une seule main, proposée par M. F. Hatin. Il lui accorde une pleine approbation, et propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de déposer honorablement son travail dans les archives.

Une discussion assez confuse suit ce rapport, et s'est prolongée dans une des séances suivantes. Touchant le procédé même, M. Moreau le trouve peu favorable, M. P. Dubois difficile et dangereux; mais, sur l'interpellation de M. Gerdy, M. P. Dubois déclare qu'il ne l'a pas essayé, et ne veut même pas l'essayer. M. Danyau, après l'avoir essayé, ne l'a nullement trouvé difficile; mais il ne lui accorde aucun avantage sur le procédé ordinaire. Enfin, M. Chailly, qui l'a appliqué *quatorze fois* avec succès, le maintient tout à la fois et facile, et supérieur au procédé ordinaire dans les cas de vice de conformation du bassin.

M. Gerdy soulève une autre question : il trouve le forceps ordinaire trop long, et il a fait voir un forceps raccourci qu'il a fait fabriquer il y a plus de vingt ans.

Enfin, une autre question, touchant l'utilité de restreindre ou d'étendre l'application du forceps, a été soulevée par M. Velpeau ; on trouvera le résumé des débats auxquels elle a donné lieu à la *Revue critique.*

Du reste, les conclusions du rapport ont été adoptées.

27 *janvier.* — *M. Piorry* lit un long rapport sur trois Mémoires de M. Scelle-Montdézert : le premier, *sur les effets du calomel dans l'amygdalite ;* M. le rapporteur est d'avis que les faits ne sont pas assez nombreux pour apprécier cette médication ; — le second, *sur les conséquences de la présence de la couenne inflammatoire dans le sang;* l'auteur pense que, dans les fièvres d'accès, la fibrine non dissoute est en surabondance dans le sang, et c'est ce qui l'a conduit à administrer dans ces fièvres le sel marin ou chlorure de sodium ; — le troisième Mémoire enfin est relatif à l'*emploi de ce sel dans les fièvres intermittentes.* M. Piorry a répété les essais thérapeutiques de M. Scelle-Montdézert; il a recueilli ou fait recueillir *trente-sept observations ;* et il conclut que le sel marin jouit d'une grande

efficacité, et est un succédané remarquable du quinquina; qu'il y a lieu dès lors d'en répandre l'usage dans les hôpitaux civils et militaires, à titre de médicament; et peut-être aussi comme moyen prophylactique dans les pays sujets aux fièvres paludéennes. M. Scelle-Montdézert aurait donc rendu un très-grand service en rappelant l'attention sur ce point; et la commission propose de le porter sur la liste des candidats aux places de correspondants.

— *M. Chatin* lit la troisième partie de son travail *sur la présence de l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les aliments.*

3 *février.* — *M. Betti*, membre de la commission sanitaire internationale, écrit à l'Académie pour la remercier, au nom de ses collègues, de l'accueil qu'elle leur a fait.

— M. le président annonce la mort de M. Girard, membre de la section de médecine vétérinaire.

— *M. Henri* lit un rapport sur l'analyse de l'eau minérale du Lac-Villers (Doubs). Cette eau appartient au groupe des eaux *ferrugineuses crénatées*, et se range ainsi à côté de celle de Forges ; de plus, elle est légèrement iodurée.

Le reste de la séance est occupé par la suite de la discussion sur le rapport de M. Chailly-Honoré, dont il a été question plus haut.

10 *février.* — *M. Cazeaux* lit un rapport sur une observation d'*avortement provoqué pour la troisième fois avec succès par M. Lenoir.* La discussion est renvoyée à une autre séance.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Piorry. M. Grisolle a combattu vivement les données et les conclusions de ce rapport; la discussion a été ensuite renvoyée à la prochaine séance.

VARIÉTÉS.

TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DE STRASBOURG. — **Mort par le chloroforme ; accusation d'homicide par imprudence ; acquittement.**

Voici, si nous ne nous trompons, le premier exemple de mort survenue pendant l'emploi du chloroforme, qui ait été porté devant un tribunal de police correctionnelle. A l'intérêt que ne saurait manquer d'exciter une cause jusque-là sans précédent, et qui pourra servir de précédent elle-même, se joint un intérêt secondaire, sans doute, mais qui touche pourtant directement toute une classe de nos lecteurs; dans ce cas le chloroforme avait été administré par un officier de santé. Et enfin après avoir déroulé tous les détails de la cause, nous aurons à y ajouter quelques remarques de nature peut-être à en faire ressortir des renseignemens utiles pour tout le monde.

On prendra d'abord une idée fort exacte du fait dans le rapport suivant.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL *sur l'autopsie cadavérique de la dame Simon, et sur l'analyse du sang et des différents viscères provenant du corps de cette dame ;* par MM. G. Tourdes, *professeur de médecine légale ;* Rigaud, *professeur de clinique externe,* et Cailliot, *professeur de chimie à la Faculté de médecine de Strasbourg.*

En vertu d'une ordonnance de M. le juge d'instruction de l'arrondissement de Strasbourg, en date du 12 juin 1851, nous, soussignés, etc., avons procédé aux opérations suivantes :

1° A l'examen et à l'ouverture du corps de la dame Simon, décédée subitement le 10 juin, pendant une inhalation de chloroforme, pratiquée à l'occasion d'une extraction de dents; 2° A l'analyse chimique du sang et de différents viscères extraits du corps decette dame;

A l'effet de déterminer si la mort a été le résultat de l'inhalation du chloroforme ou si elle doit être attribuée à une autre cause.

Renseignements. Les renseignements suivants nous ont été donnés sur les faits de la cause.

Mme Simon, âgée de 36 ans, mère de trois enfants, d'une forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, était en général d'une bonne santé; elle souffrait seulement de douleurs dentaires presque habituelles, provenant de la carie de plusieurs dents. Il y a quelques années, on lui avait extrait quatre dents molaires, et cette opération avait été l'occasion d'une vive exaltation morale. Depuis cette époque, Mme Simon se préoccupait sans cesse des conséquences que pouvaient entraîner les caries dentaires dont elle était atteinte. Les douleurs se renouvelant, elle redoutait une maladie des os maxillaires; elle pensait qu'une nouvelle extraction de dents était nécessaire pour la garantir de ce danger, et en même temps elle craignait au plus haut point les douleurs de l'opération. Cette double préoccupation fut portée à un tel degré dans ces derniers temps que sa santé générale en reçut une atteinte notable; elle perdit l'appétit et le sommeil, elle maigrit de manière à donner des inquiétudes à sa famille. Elle prit enfin la résolution de se soumettre à l'extraction des dents gâtées, et elle exigea comme condition expresse que l'on fît usage des inhalations de chloroforme. Le matin même du jour où l'opération devait être pratiquée, elle était en proie à l'agitation la plus vive, et, tout en demandant l'opération, elle témoignait des pressentiments sinistres. L'opération fut pratiquée par un officier de santé en présence du mari et d'une servante. La malade fut assise sur une chaise. On allait commencer l'opération quand elle se leva éperdue et parcourut la chambre en proférant des paroles incohérentes. On parvint à la calmer; elle déclara elle-même qu'elle était décidée à l'opération, et elle se replaça sur la chaise. Une petite quantité de chloroforme est versée sur un mouchoir qu'on approche des narines et des lèvres. La malade annonce presque aussitôt qu'elle ressent les effets du chloroforme; on pratique rapidement l'extraction des trois dents. Pendant cette opération qui ne dure qu'un instant et qui se fait avec la plus grande promptitude, le mari est frappé de l'altération des traits de sa femme : la face devient cadavéreuse; elle est morte! dit-il, et elle avait effectivement cessé de vivre. Tous les soins qu'on lui prodigue restent inutiles. La quantité de chloroforme employée avait été très-faible; on nous a représenté l'ordonnance de l'officier de santé portant 10 grammes de chloroforme que l'on avait cherchés dans une pharmacie voisine; le vase en renferme encore 6 gr. 75, ce qui réduit à 3 gr. 25 la quantité de chloroforme employée.

Autopsie. Le 13 juin, à onze heures du matin, soixante-douze heures après la mort, nous avons procédé à l'ouverture du corps de la dame Simon.

Nous avons constaté les faits suivants :

1° Le corps est celui d'une femme assez robuste et bien constituée. La décoloration de la peau est générale, si ce n'est à la partie postérieure du tronc où les lividités cadavériques sont assez prononcées; la face est pâle, son expression est calme; les yeux sont flasques, les pupilles sont fortement dilatées.

2° La rigidité cadavérique existe encore aux orteils, aux pieds, aux genoux et faiblement aux doigts. La putréfaction commence à peine; le corps n'exhale qu'une faible odeur putride; le ventre est un peu météorisé; il présente aux deux flancs une légère teinte bleuâtre.

3° Beaucoup de dents manquent ; celles qui restent sont cariées ; trois dents ont été récemment extraites à la mâchoire supérieure, l'incisive médiane gauche, la première molaire gauche, la troisième molaire droite. Les cavités alvéolaires sont largement ouvertes ; les deux premières ont leurs parois injectées et rouges, celles de la troisième sont décolorées L'os maxillaire est un peu tuméfié et carié dans sa lame externe, au niveau de l'alvéole de la troisième molaire droite. Le périoste est épaissi et décollé.

4° La langue est fortement rétractée ; sa convexité touche la voûte palatine ; sa pointe est éloignée des arcades dentaires, sa base n'est pas injectée. L'épiglotte est abaissée et couvre l'ouverture de la glotte dont les lèvres sont écartées l'une de l'autre.

5° La muqueuse du larynx a sa coloration normale, celle de la trachée est un peu injectée; les bronches ont une teinte d'un rouge assez vif. On ne trouve d'écume que dans une des grosses divisions de la bronche droite et dans quelques rameaux plus petits du même côté.

6° Les poumons sont très-volumineux; ils présentent à l'extérieur une teinte rosée en avant, rouge vineuse en arrière ; deux taches rougeâtres sous-pleurales se remarquent dans la scissure qui sépare les lobes gauches. Le tissu pulmonaire incisé est d'un rouge vif qui devient d'autant plus foncé qu'on se rapproche de la partie postérieure de l'organe ; une grande quantité de sang, mêlée de peu d'écume, s'écoule de la surface des incisions. La partie supérieure des deux poumons offre de nombreuses saillies emphysémateuses, formées par la dilatation de plusieurs lobules et par quelques plaques d'emphysème sous-pleural. Le bord antérieur de ces lobes est surtout dilaté par de l'air. Les lobes inférieurs présentent aussi, mais à un moindre degré, des traces d'emphysème. Toutes les parties du poumon, même les plus gorgées de sang, crépitent et surnagent. Un épaississement assez notable, trace d'une altération ancienne, existe au sommet de la plèvre du poumon droit.

7° Le péricarde contient trois cuillerées de sérosité citrine. Le cœur est flasque et d'un volume médiocre. Les cavités droites sont remplies d'un sang liquide, d'une teinte foncée, mêlé de quelques caillots fibrineux. Les cavités gauches renferment une quantité beaucoup moindre d'un sang qui a les mêmes caractères physiques. Le sang n'est point spumeux. Les veines caves et les veines jugulaires contiennent beaucoup de sang ; on remarque aussi une quantité notable de ce liquide dans l'aorte pectorale et ventrale, dans les iliaques primitives, et dans les veines et les artères rénales.

8° L'estomac ne contient qu'une petite quantité de mucosités brunâtres ; le tube digestif, légèrement injecté à l'extérieur, n'offre rien de particulier. Le foie a une teinte foncée et renferme beaucoup de sang ; il en est de même de la rate qui est un peu ramollie.

9° L'utérus est volumineux ; sa cavité est remplie de sang poisseux. L'ovaire gauche offre deux foyers hémorragiques du volume d'une fève ; un foyer semblable existe dans l'ovaire droit. Les pavillons des trompes ne reposent pas sur les ovaires.

10° On distingue quelques bulles d'air dans les veines qui rampent à la surface du cerveau et dans l'artère basilaire ; la pie-mère n'est pas injectée. Le parenchyme cérébral, très-ramolli et d'une consistance huileuse, n'exhale point d'odeur fétide et n'offre qu'une très-légère sablure ; sa coloration est normale. Les ventricules renferment très-peu de sérosité. La protubérance annulaire, le cervelet, la moelle allongée et la moelle épinière, examinée jusqu'au bas de la portion dorsale, n'offrent rien de particulier.

11° Nous avons mis à part et renfermé dans des vases cachetés et scellés, pour être soumis à l'analyse chimique, du sang provenant du cœur et des gros vaisseaux, une partie des poumons, du foie et de la rate.

Analyse chimique. Nous étant réunis au laboratoire de la Faculté de médecine, nous avons procédé le 14 juin et jours suivants à diverses expériences préliminaires, et à l'analyse du sang et des viscères extraits du corps de la dame Simon, à l'effet d'y rechercher la présence du chloroforme.

Nous avons mis en usage le procédé suivant :

Un gazomètre communiquait à l'aide d'un tube de verre avec une cornue tubulée qui renfermait les matières à examiner; ce tube plongeait au fond de la cornue. De cette cornue partait un tube de verre aboutissant à un tube de porcelaine rempli de fragments de même matière. A ce tube était adapté un tube à trois boules contenant une solution de nitrate d'argent. Un courant d'air de sept à huit litres a traversé dans chaque opération les matières à examiner, à l'effet d'entraîner à l'état de vapeur le chloroforme qu'elles pouvaient contenir. Le tube de porcelaine étant chauffé au rouge, le chloroforme se décomposait sous l'influence de la chaleur, et la présence de l'acide hydrochlorique et du chlore libre était annoncée par un précipité qui se formait dans la solution de nitrate d'argent. Le tube de porcelaine a été chauffé au rouge à l'effet de décomposer le chloroforme que le courant d'air aurait pu entraîner, et la solution de nitrate d'argent, se troublant ou restant claire, offrait la réaction qui caractérisait la présence ou l'absence du chloroforme. Des essais comparatifs ont été faits sur du sang et sur des organes provenant de cadavres humains et d'animaux. Dans chaque opération, pour éviter toute cause d'erreur, l'appareil a d'abord été éprouvé avec du sang et des portions de viscères qui ne renfermaient pas de chloroforme. Nous avons obtenu les résultats suivants :

Première opération. 50 grammes de sang de bœuf introduits dans l'appareil et traités suivant le procédé indiqué plus haut, ne fournissent aucune réaction. Une goutte de chloroforme ajoutée au sang détermine immédiatement un précipité très-abondant dans la solution de nitrate argentique.

Deuxième opération. 30 grammes environ du sang d'un lapin, tué par insufflation d'air dans les poumons, ne fournissent aucune réaction. Une même quantité du sang d'un lapin que l'on avait fait périr par injection de quelques gouttes de chloroforme liquide dans la trachée-artère, est introduite dans l'appareil. Un précipité abondant se produit presque aussitôt dans la solution de nitrate argentique. Le sang d'un lapin tué par inhalation du chloroforme détermine la même réaction.

Troisième opération. 50 grammes de sang de bœuf ne produisent aucune réaction; 50 grammes du sang d'un homme amputé de la jambe, après inhalation du chloroforme, introduits dans le même appareil, déterminent d'une manière presque immédiate un précipité abondant.

Quatrième opération. 50 grammes de sang provenant d'une saignée faite à une personne atteinte de maladie interne ne déterminent aucune réaction. 50 grammes de sang extrait du corps de Mme Simon sont introduits dans le même appareil; la solution de nitrate d'argent se trouble au bout de quelques instants d'une manière très-manifeste.

Cinquième opération. 200 grammes environ de poumon, provenant du corps d'une femme qui avait succombé à une maladie interne, sont coupés en fragments très-petits, comprimés avec force, mêlés à de l'eau distillée et introduits dans l'appareil; aucune réaction ne se produit. Une même quantité de poumon, extraite du corps de Mme Simon et traitée de la même manière, est introduite dan le même

appareil ; il se forme d'une manière presque immédiate un précipité très-manifeste, plus abondant que celui qui provenait du sang.

Sixième opération. Une portion de rate, provenant du cadavre d'un individu qui avait succombé à une maladie interne, est divisée en petits fragments, comprimée avec force, mêlée à de l'eau distillée et introduite dans l'appareil ; il ne se produit aucune réaction. Une même quantité de rate provenant du corps de Mme Simon est traitée de la même manière et introduite dans le même appareil ; elle fournit une réaction manifeste, quoique moins prononcée que celles qui provenaient du sang et du poumon. Cette rate, ouverte pendant l'autopsie, avait séjourné plusieurs jours dans un vase, et le liquide qu'elle contenait s'était écoulé en grande partie.

Septième opération. Nous avons traité par le même procédé, dans un appareil préalablement essayé, le sang putride provenant du vase où avaient été conservés des fragments de rate, de foie et de reins extraits du corps de la dame Simon. Un précipité très-abondant s'est produit d'une manière presque immédiate. Cette dernière opération a été faite dix jours après l'autopsie.

Conclusion. Les faits qui précèdent paraissent établir :

Que l'autopsie n'a fait reconnaître aucune cause de mort qui puisse être considérée comme indépendante de l'action du chloroforme ;

Que les altérations pathologiques constatées sont analogues à celles que l'on a observées dans plusieurs des cas où la mort a été le résultat de l'action du chloroforme ;

Qu'elles sont analogues aux lésions que l'on rencontre chez la plupart des animaux que l'on fait périr par l'action de cette substance ;

Que l'analyse chimique a démontré la présence du chloroforme dans le sang, dans les poumons et dans la rate extraits du corps de la dame Simon.

Nous concluons de l'ensemble de ces faits : 1° Que la mort de la dame Simon a été le résultat de l'inhalation du chloroforme ;

2° Que les circonstances dans lesquelles cette mort a eu lieu nous paraissent exceptionnelles ; mais que, pour déterminer par quelles causes et sous quelles influences l'action du chloroforme a été mortelle, il est nécessaire de connaître les détails du fait tels qu'ils ont été établis par l'instruction, et les résultats de l'analyse chimique à laquelle a été soumis le chloroforme dont on a fait usage (1).

Outre ce rapport, le juge d'instruction avait également demandé aux trois professeurs une consultation médico-légale en réponse à quinze questions qu'il leur avait posées. Voici ces questions : nous ne reproduirons des réponses que ce qui aura un intérêt réel pour des médecins déjà au courant du sujet.

1° *Y a-t-il des règles pour l'administration du chloroforme ?*

2° *Quelles sont ces règles ?* — Après quelques détails suffisamment connus :

« Nous insisterons ici seulement, disent les consultants, sur la nécessité d'appliquer avec prudence le chloroforme au début de l'opération, l'observation ayant constaté que la mort a eu lieu le plus souvent dans les premiers moments de l'inhalation. Nous rappellerons encore que la prudence commande de surveiller sans cesse l'état du malade pendant l'inhalation, d'examiner l'état du pouls, l'état de la respiration, l'expression faciale, la situation du globe de l'œil, la résolution des membres, tous les signes qui peuvent servir à mesurer le degré d'action du chloroforme et l'imminence du danger. Nous devons cependant constater

(1) L'analyse chimique a démontré la pureté du chloroforme, qui ne présentait que des traces à peine appréciables d'huile chlorée.

que dans quelques faits malheureux ces précautions paraîtraient avoir été prises, sans qu'on ait pu éviter un résultat fatal. »

3° *Quelle doit être la position du corps de l'opéré?*

4° *A quelle distance du nez ou de la bouche le chloroforme doit-il être approché pour produire ses effets sans danger?*

5° *Y a-t-il du danger à l'appliquer immédiatement sur les organes extérieurs de la respiration?* — « On peut appliquer immédiatement le mouchoir ou la compresse qui renferme le chloroforme sur le nez et sur les narines, en ayant soin de ne pas fermer d'une manière complète l'entrée des voies respiratoires et en laissant toujours à l'air un passage suffisant. On évite en général l'application tout à fait immédiate par la forme que l'on donne au linge arrosé de chloroforme. »

6° *Dans quelle proportion peut-il être administré?* — Après avoir dit qu'ils en ont souvent employé durant une opération 20 à 30 grammes et même davantage, les consultants ajoutent :

« La question importante se trouve non, dans la dose que l'on verse sur le linge, mais dans la manière d'administrer le chloroforme ; il faut surtout l'appliquer avec prudence, avec précaution, graduellement, permettre l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, cesser l'inhalation dès que les phénomènes d'anesthésie se sont produits, et surveiller avec le plus grand soin le malade pendant toute la durée de l'opération. »

7° *L'âge, le tempérament, le sexe, sont-ils à considérer pour modifier l'administration du chloroforme?*

8° *L'époque des menstrues est-elle un obstacle?*

9° *Une personne dont le système nerveux est vivement surexcité jusqu'à déterminer des paroles délirantes et des soubresauts, peut-elle être chloroformée sans danger?* — La réponse est qu'en général il est prudent de calmer d'abord les malades ; mais que leur agitation et même leur résistance n'est pas une contre-indication formelle.

10° *Une femme en cet état est-elle plus à ménager qu'un homme?*

11° *Est-il du devoir de l'opérateur de refuser le chloroforme à un malade quand l'état nerveux ou toute autre circonstance, dont il est le seul appréciateur, devrait dans sa pensée faire ajourner l'opération?*

12° *En cas d'opération, le chirurgien manque-t-il à la prudence s'il ne se fait pas assister d'un homme de l'art qui puisse concourir à atténuer les effets fâcheux de l'opération, en cas de besoin?* — « La prudence exige que le médecin ne procède pas seul à l'application du chloroforme comme moyen anesthésique ; il est nécessaire qu'il se fasse assister d'un homme de l'art compétent, ou au moins d'un aide intelligent et exercé qui puisse concourir avec lui à diriger et à surveiller l'inhalation, et lui prêter secours dans le cas d'accidents. L'urgence peut évidemment entraîner des exceptions à cette règle. »

13° *Le chloroforme ne peut-il et ne devrait-il pas, en raison des dangers que peut offrir son emploi, n'être administré que sous la surveillance et avec le concours d'un docteur en médecine?* Cette question sera examinée à l'occasion de la quinzième et dernière.

14° *La prudence la plus ordinaire n'exige-t-elle pas que l'homme de l'art qui administre le chloroforme s'entoure d'avance de tout ce qui pourra lui devenir nécessaire, pour le trouver sous sa main dans le cas où il deviendrait urgent d'en combattre les effets?* — « En ce qui concerne l'application du chloroforme, les principaux moyens de traitement sont la position horizontale, l'abaissement de la langue, l'insufflation pulmonaire, l'inhalation de l'ammoniaque, les affusions froides,

l'application de substances irritantes sur la peau et sur les muqueuses. La science ajoute tous les jours de nouvelles ressources à celles dont elle dispose déjà ; mais nous ne croyons pas qu'il soit possible d'incriminer la conduite d'un médecin pour l'omission de l'un ou de l'autre de ces moyens, ou pour avoir donné la préférence à l'un d'eux. Nous ne pouvons également considérer comme une circonstance annonçant l'imprudence ce fait, qu'à l'avance le médecin ne s'est pas muni d'ammoniaque. »

15° *Une opération chirurgicale n'est-elle point à considérer comme une grande opération, dès que la douleur qu'elle entraîne fait recourir à l'emploi du chloroforme ? L'application du chloroforme peut-elle être considérée comme une grande opération chirurgicale ?* — « La loi du 19 ventôse an XI interdit aux officiers de santé toute grande opération chirurgicale hors la présence d'un docteur en médecine ; elle ne pose au contraire aucune limite à la pratique médicale, même dans les cas les plus difficiles ; elle n'interdit pas, et, par conséquent, elle autorise l'administration des médicaments les plus actifs. On ne peut assimiler l'application du chloroforme, comme moyen anesthésique, à une grande opération chirurgicale ; le manuel opératoire que cette application nécessite ne suffit point pour autoriser cette assimilation ; ce manuel est d'une exécution facile, il exige plutôt de la prudence et des connaissances médicales que de l'habileté chirurgicale. L'application du chloroforme nous paraît devoir être plutôt assimilée à l'administration de toute autre substance d'une grande énergie, dont l'emploi n'est pas interdit aux officiers de santé, quelle que soit la voie par laquelle le médicament pénètre dans l'organisme.

« Nous croyons donc que, dans le sens rigoureux de la loi, l'application du chloroforme ne peut être considérée comme une grande opération chirurgicale interdite aux officiers de santé; mais la loi n'a pu prévoir les progrès de la science en ce qui concerne l'emploi des moyens anesthésiques, et dans l'intérêt de l'humanité, nous devons émettre le vœu que l'application d'agents aussi redoutables soit réservée aux docteurs en médecine, aux hommes de l'art qui donnent par leur éducation médicale complète les garanties les plus sérieuses à la société. »

L'affaire est venue en cet état devant le tribunal de 1re instance de Strasbourg à l'audience du 4 décembre.

Le prévenu déclare se nommer Kobelt (Jean-Chrétien), âgé de 46 ans, officier de santé, né dans le grand-duché de Bade, à Strasbourg depuis 1825.

M. le Président. Etes-vous autorisé à résider en France?

Réponse. J'ai demandé ma naturalisation en 1848, sans pouvoir l'obtenir.

M. le Président. Kobelt, vous êtes accusé d'avoir causé la mort de Mme Simon, en lui faisant application du chloroforme pour l'extraction de plusieurs dents, sans avoir pris les précautions nécessaires en pareil cas, et sans avoir observé les règlements qui fixent vos attributions.

On procède à l'appel des témoins. M. le procureur de la République déclare réclamer la présence aux débats de M. Sédillot comme expert. M. Sédillot prête serment en cette qualité.

Premier témoin. Babet H...., 30 ans, femme de chambre de la malade. Elle raconte que Mme Simon étant tourmentée de fréquents maux de dents, son médecin ordinaire, M. Stoltz, conseilla d'arracher les dents malades. Mme Simon avait une grande peur des opérations. Finalement, elle se décida et alla trouver elle-même, le dimanche (c'est-à-dire deux jours avant la catastrophe), M. Kobelt pour convenir avec lui du jour de l'opération. Depuis lors, elle ne cessa d'être en proie à des transes continuelles. Lorsque M. Kobelt arriva, elle passa subitement à un état d'égarement complet, la terreur s'empara d'elle, et elle eut l'idée de se sauver. Elle était pâle comme la mort. Dans ces circonstances, M. Kobelt déclara vouloir renoncer à l'opération ; mais Mme Simon, redoutant encore bien plus la prolongation de ses souffrances, insista vivement pour que l'opération fût faite. Elle s'op-

posa surtout à ce qu'on appelât un autre médecin, de peur que celui-ci ne conseillât de remettre l'opération à un autre jour. M. Kobelt alors s'éloigna pour chercher du chloroforme, ce qui fit penser à Mme Simon qu'on l'avait définitivement renvoyé, et la fit retomber dans un nouvel état d'exaspération. Enfin, M. Kobelt revint, plaça Mme Simon sur une chaise, versa du chloroforme sur un mouchoir, en expliqua l'action à la malade, puis rapprocha successivement du nez et de la bouche. Au moment où il pouvait être encore à 1 centimètre des narines, Mme Simon parut morte aux assistants. Là-dessus, l'opération fut faite; mais, à l'extraction de la troisième dent, on conçut des inquiétudes, et on s'empressa de porter remède à l'état de la malade.

Le greffier donne ensuite lecture de la déposition faite par le témoin dans l'instruction. Il en résulte que le témoin lui-même s'est fait arracher deux dents par M. Kobelt après l'éthérisation ; que Mme Simon a donné la préférence au chloroforme, ayant entendu vanter cet agent ; qu'il y a quatre ans, s'étant fait arracher une dent par le même opérateur, elle avait demandé l'éthérisation et avait éprouvé un refus. Les autres circonstances concordent avec la déposition orale, sauf la version concernant l'application du mouchoir. Dans l'instruction, le témoin avait déclaré que le mouchoir avait été appliqué à la fin *exactement* sur le nez et la bouche, tandis qu'à l'audience elle affirme qu'il a resté à une certaine distance de ces parties.

Le témoin ajoute encore que lorsqu'on s'aperçut de l'action délétère du chloroforme, Mme Simon fut placée horizontalement sur un canapé ; qu'on la frotta avec du vinaigre et de l'eau de Cologne; que M. Kobelt fit chercher à la pharmacie un liquide blanc qu'elle ne sait nommer; qu'il essaya de faire une saignée qui n'eut pas de résultat; qu'il fit appliquer des sinapismes aux mollets, et que l'on courut chez tous les médecins dont on se rappelait le nom et l'adresse.

Le prévenu déclare n'avoir point d'observations à faire sur cette déposition.

M. le Président. Quand on soumet un malade à l'action du chloroforme, toute l'attention doit se fixer sur les progrès de l'anesthésie, sur l'état du pouls et de la respiration. Au lieu de cela, vous faites l'extraction de plusieurs dents sans vous préoccuper de l'état de votre malade ; vous agissez seul, quand on voit les maîtres de l'art se faire assister constamment d'aides.

Réponse. Je fais toujours ainsi, je n'ai jamais employé d'aides. J'ai fait cinq ou six cents fois la même chose sans avoir jamais eu le moindre accident.

M. le Président. Quand vous opérez, êtes-vous ordinairement muni d'ammoniaque ou d'autres substances qui peuvent faire cesser l'anesthésie?

Réponse. J'ai pratiqué plusieurs fois cette opération en présence de médecins très-distingués, il n'a jamais été question de pareilles substances.

M. le Président. Il paraît que vous avez complétement intercepté l'air avec le mouchoir?

Réponse. Je n'ai point fait ainsi. Il faut toujours que l'air circule un peu entre les organes et l'appareil.

M. le président rappelle le premier témoin et l'engage à montrer au tribunal comment le mouchoir a été appliqué. Le témoin approche successivement son mouchoir de sa bouche, mais ne l'applique pas tout à fait.

Deuxième témoin, M. le professeur Stoltz. Peu de temps auparavant, j'avais été consulté par Mme Simon. Elle avait un certain nombre de dents cariées, que je lui conseillai de faire enlever. Elle était pusillanime, nerveuse, craintive, et redoutait surtout les opérations. Je lui prescrivis alors des remèdes pour combattre et calmer ses douleurs. Cependant, je me vis obligé de lui déclarer finalement qu'il n'y avait plus que l'extraction des dents qui pût mettre fin à ses tourments. Je m'offris à l'assister pendant cette opération et à la chloroformiser moi-même; car je redoutais beaucoup chez elle une action irrégulière de l'anesthésique. Mais, dans son impatience d'être délivrée de ses douleurs, et redoutant les obstacles que la prudence aurait pu apporter à l'opération, elle profita de mon absence pour y faire procéder, et quand je revins elle était morte.

Demande. Vous teniez à ce que l'opération ne se fît pas sans vous. Si vous aviez assisté, comment auriez-vous fait?

Réponse. J'aurais fait, à peu de chose près, comme M. Kobelt; seulement, j'aurais examiné attentivement le pouls, la respiration; je me serais entouré des plus grandes précautions.

Demande. Auriez-vous procédé seul à l'opération?

Réponse. Je ne le pense pas; je n'ai pas l'habitude de le faire, surtout si j'avais dû opérer l'extraction des dents moi-même.

Demande. Le médecin doit observer les progrès de l'anesthésie, il ne faut donc pas qu'il soit seul?

Réponse. Cela est très-vrai; cependant, pour l'extraction des dents, cela arrive fréquemment.

Demande. Puisqu'il s'agissait de l'extraction de plusieurs dents, on pouvait exiger plus de prudence de la part de l'opérateur?

Réponse. Certainement.

Demande. Il paraîtrait que Mme Simon se trouvait dans une position qui aurait dû faire différer l'opération. L'auriez-vous questionnée sur ce sujet, et dans l'affirmative auriez-vous permis l'opération?

Réponse. Le premier devoir du médecin est de s'informer de toutes les circonstances qui doivent déterminer sa manière d'agir. Aucun phénomène vital n'est indifférent, et il importe d'éloigner toutes les chances contraires. Je me serais donc bien certainement informé si Mme Simon ne se trouvait pas par hasard à sa période cataménique, et, dans l'affirmative, j'aurais différé l'opération.

Le premier témoin est rappelé; on lui demande s'il sait si Mme Simon était menstruée à l'époque de l'opération. Le témoin répond qu'il croit que Mme Simon l'était huit jours auparavant.

M. le Président à M. Sédillot. Admettez-vous que, pour une personne aussi sensible, l'influence de l'époque menstruelle sur l'organisme ait pu se prolonger?

Réponse. Cela est très-possible.

Troisième témoin, M. Simon. M. le président explique que ce n'est point le ministère public qui l'a fait citer, mais que la défense n'a pu renoncer à son témoignage.

M. Schæffer, *défenseur.* Nous avons certes compris, comme le tribunal, la position de M. Simon, et ce n'est qu'après de longues hésitations que nous nous sommes décidé à le faire citer. Mais il y a un point obscur contradictoirement relaté par un témoin, et qu'il est de la plus haute importance pour nous d'éclaircir. Un témoin a déclaré dans l'instruction que le mouchoir a été appliqué exactement, tandis qu'à l'audience le même témoin a dit que le mouchoir est resté à quelque distance du nez et de la bouche. Or, il n'y a que ce témoin et M. Simon qui assistaient à l'opération, il n'y a donc que M. Simon seul capable de lever tous les doutes.

M. Simon. J'étais très-calme, j'ai bien observé; le mouchoir me paraît être resté à peu près à 1 centimètre de la bouche. Le tout n'a pas duré une minute. M. Kobelt a commencé par bien expliquer l'action du chloroforme. Lorsque l'anesthésique commença à agir, ma femme dit : *Oh cela vient!* Puis, une seconde après : *Cela vient plus fort!* Puis, elle ne dit plus rien. Je l'observai attentivement pendant ce temps, et le caractère que prit tout à coup sa physionomie me donna des appréhensions. J'en fis l'observation à M. Kobelt qui me tranquillisa et continua à arracher les dents. Après la troisième, pourtant, il partagea ma manière de voir, suspendit l'opération, et procéda à différentes manœuvres indiquées par la circonstance. Le tout en vain. Si j'avais pu différer l'opération, je l'aurais certainement fait; mais il m'a paru impossible de décider ma femme à renoncer à l'opération. Je craignais qu'elle ne perdît la raison.

La liste des témoins étant épuisée, M. le Président fait donner lecture du rapport et de la consultation des trois premiers experts. Il donne ensuite la parole à M. Sédillot, et lui pose ces deux questions :

1° La malade a-t-elle succombé à l'action du chloroforme?

2° Faut-il accuser de ce résultat l'imprudence et l'impéritie de l'opérateur?

M. Sédillot. Oui, dans mon opinion, la chloroformisation a été la cause de la mort; mais je ne pense pas que M. Kobelt soit coupable d'imprudence ni d'impéritie, parce que

cet officier de santé a suivi une pratique très-habituellement employée et même recommandée par des médecins considérables, dont l'exemple et l'autorité devaient lui suffire à lui inspirer une sécurité suffisante et le mettent à l'abri de tout reproche.

Je demande cependant la permission d'entrer dans quelques détails, pour rassurer l'opinion publique et montrer que la science n'est pas restée impuissante devant les dangers révélés par l'emploi du chloroforme, et qu'elle a découvert les moyens de les conjurer.

Tous les jours, on remplace les procédés de l'art par d'autres procédés plus efficaces, et moins périlleux. Telle est la voie du progrès, et ce sont les accidents survenus qui activent les recherches et conduisent à des résultats plus heureux. L'emploi du chloroforme ne pouvait échapper à cette loi de perfectionnement, et la grande voix de l'expérience proclame chaque jour de nouvelles précautions à prendre et de nouvelles ressources à appliquer. M. Kobelt a suivi un procédé que l'on croyait bon et qui avait réussi plusieurs centaines de fois. M. Kobelt n'est donc pas coupable ; mais il est important de prouver que le mode de chloroformisation auquel il a eu recours est vicieux, et qu'il faut l'abandonner, si l'on veut se mettre à l'abri de malheurs semblables à celui qu'il a eu à déplorer.

Deux méthodes distinctes se partagent l'emploi du chloroforme.

L'une exige peu de temps et une très-petite quantité de l'agent anesthésique. Il suffit, pour produire l'insensibilité, de rendre les inhalations concentrées. Le malade respire peu d'air atmosphérique, et si l'on continue l'action du chloroforme sans tenir compte de la gêne respiratoire et de l'agitation des mouvements, un ronflement caractéristique se fait bientôt entendre, et indique que la sensibilité et la conscience ont disparu.

Ce sont là, sans doute, de grands avantages; mais ils sont compensés par d'inévitables dangers. Quelques personnes plus irritables et plus susceptibles sont frappées d'asphyxie ou de syncope et succombent, dans le cas particulièrement où on les chloroformise assises. Ces exemples de terminaisons funestes sont très-rares et véritablement exceptionnels ; mais ils ont inspiré une terreur légitime à quelques-uns de nos confrères qui, n'en connaissant pas la cause, n'ont plus osé chloroformiser leurs malades. Je serais de leur avis, si l'on ne possédait pas les moyens d'éviter de si regrettables accidents. Mais ces moyens existent et constituent la seconde méthode de chloroformisation dont nous dirons quelques mots.

Dans cette méthode, on commence par faire inspirer le chloroforme mêlé à une très-forte proportion d'air atmosphérique ; on maintient la régularité, la normalité de la respiration ; on n'augmente que lentement, et peu à peu, la concentration des inhalations, et on les suspend à la moindre imminence d'accidents.

L'insensibilité est huit ou dix minutes à se produire, et on consomme de 12 à 20 grammes de chloroforme ; il y a perte de temps et perte de l'agent anesthésique ; mais ces inconvénients sont compensés par l'absence du danger.

Avec cette méthode, on peut continuer les opérations les plus délicates pendant une heure, sans que les malades en aient conscience ; on consomme 100 grammes et plus de chloroforme, si on le juge nécessaire, et l'on n'a pas eu de mort à déplorer.

La question est donc tranchée : c'est à cette méthode qu'il faut recourir, et nous le faisons en toute confiance, puisque, dans notre opinion, le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais.

Une objection s'est néanmoins présentée. On a dit : M. Kobelt s'est conformé à ces règles et n'en a pas moins perdu sa malade.

Nous démontrerons facilement, je crois, le peu de fondement de cette assertion.

Un des témoins a rapporté, il est vrai, que le mouchoir sur lequel on avait versé le chloroforme avait toujours été tenu à trois ou quatre travers de doigt de distance de la dame Simon. Je n'accuse pas le sentiment consciencieux de ce témoignage ; mais je n'hésite pas à affirmer qu'il manque d'exactitude, et doit être attribué à une confusion de souvenirs, bien naturelle au milieu des émotions d'un tel événement.

Il est impossible d'anesthésier complétement les malades avec 3 gr. 75 centig. de chloroforme, versés sur un mouchoir que l'on tient écarté de la figure.

Il a donc fallu que M. Kobelt ait agi autrement, ou qu'il se soit trouvé en présence de conditions tout à fait exceptionnelles. Or, cette dernière hypothèse n'est pas soutenable.

M. Kobelt avait demandé 10 grammes de chloroforme. Il en a consommé près de 4 grammes, a chloroformisé lui-même la malade, l'a opérée dès l'apparition de l'insensibilité.

Jusqu'à ce moment, les conditions de l'anesthésie avaient donc été semblables à celles

dont il était journellement témoin. Autrement, il eût été frappé de la différence des phénomènes, et, au lieu d'opérer, il se fût occupé de remédier à l'imminence des accidents.

Si l'insensibilité est survenue très-promptement chez Mme Simon, malgré la très-petite quantité de chloroforme employée, sans étonner ni surprendre M. Kobelt, c'est qu'il était habitué à ces résultats, et, comme il est impossible de les obtenir en chloroformisant les malades à distance, nous sommes en droit d'affirmer que le mouchoir a été directement porté sous le nez de la malade, et que les inhalations ont été brusques et concentrées.

La confiance de M. Kobelt était si grande, qu'il n'a pas ajouté foi aux craintes exprimées par M. Simon, et qu'il a cru au retour prochain de la sensibilité.

Il est donc évident, par la rapidité de l'anesthésie, la petite dose de chloroforme employée, et la confiance que M. Kobelt, que l'on a mis en usage la première méthode dont le danger nous paraît incontestable. Nous résumons ces considérations en disant :

1° Il est regrettable que le chloroforme n'ait pas été mieux préparé.

2° M. Kobelt a employé un procédé vicieux, qui est généralement en usage, et qu'il pouvait se croire autorisé à pratiquer, d'après les résultats heureux de sa propre expérience et des hommes de l'art qui y ont encore recours.

3° M. Kobelt n'est pas coupable, puisqu'il a imité la conduite et partagé l'opinion d'hommes haut placés dans notre profession ; mais cette conduite et cette opinion constituent une méthode erronée et dangereuse, qu'une connaissance plus approfondie des phénomènes anesthésiques fera nécessairement abandonner.

4° Ce n'est pas le chloroforme qu'il faut accuser de la mort de Mme Simon ; mais le mode vicieux d'inhalation dont on s'est servi.

A la suite de cette communication, M. le procureur de la République déclare abandonner l'accusation à l'égard de M. Kobelt ; et, après une courte délibération, M. le président prononce le jugement suivant :

« Attendu que l'emploi du chloroforme n'est pas une des opérations chirurgicales qui soient interdites aux officiers de santé, *qui, en général, toutefois, quoiqu'il n'y ait point encore de règle à cet égard, doivent regarder comme un devoir de ne l'administrer qu'après avoir pris l'avis et appelé le concours d'un docteur ;*

« Attendu qu'il résulte des débats et des explications fournies par un homme de l'art dont l'opinion doit faire autorité, que si, au point de vue scientifique, le mode de procéder employé par Kobelt peut être critiqué, au point de vue pratique il n'a point commis de faute,

« Le tribunal renvoie Jean-Chrétien Kobelt des fins de la prévention. »

Réflexions.

Ce jugement nous paraît sage au fond ; quant à la forme, il y aurait fort à redire. Nous ne comprenons pas d'abord que les officiers de santé *doivent regarder comme un devoir* d'appeler le concours d'un docteur pour employer le chloroforme, lorsqu'il est reconnu qu'il ne leur est pas interdit de l'employer seuls ; nous comprenons encore moins qu'on leur en fasse un devoir *en général,* lequel devoir, apparemment, n'en serait plus un dans certains cas particuliers qu'on n'indique pas, et qu'il serait fort difficile d'indiquer. Le respect que nous portons aux magistrats nous défend d'insister davantage.

Mais nous n'avons pas les mêmes raisons de nous taire en ce qui concerne certaines assertions des experts entendus dans le débat, et dont quelques-unes ont passé jusque dans la bouche des magistrats. M. Stoltz appelé comme témoin, mais répondant comme médecin, répond qu'il aurait *examiné attentivement le pouls, la respiration ;* en mettant l'examen du pouls en première ligne. On voit pareillement M. le président, docile sans doute à l'éducation qu'on lui a faite pour la cause, proclamer du haut de son siége que, dans la chloroformisation, *toute l'attention doit se fixer sur les progrès de l'anesthésie, sur l'état du pouls et de la respiration ;* ici même, la respiration se trouve rejetée en troisième ligne. En un mot, il paraît

adopté à l'école de Strasbourg qu'il faut essentiellement s'assurer de l'état du pouls. Or, c'est là une erreur grave et très-grave; assurément, la constatation de l'état du pouls n'a rien en soi de nuisible; mais elle est absolument inutile, et nous soulignons expressément ces mots, *absolument inutile ;* mais elle est horriblement dangereuse quand on la met en première ligne, et qu'on ne s'occupe que secondairement de la respiration. La respiration ! voilà le point capital; voilà où est le péril, voilà où doit être la préoccupation du chirurgien. Pour nous, nous le déclarons, nous ne nous occupons nullement du pouls; nous défendons à nos élèves de l'interroger, pour ne pas distraire leur attention de la respiration. Et, dans un travail particulier de M. Tourdes, que nous n'avons pas reproduit parce qu'il n'a pas figuré au procès, nous trouvons précisément ce passage éloquent, auquel il n'a pas fait lui-même une attention suffisante, et que nous recommandons à la méditation des experts de Strasbourg :

« Si l'on met à nu le cœur sur un animal chloroformé, on voit cet organe conserver longtemps la régularité de ses mouvements, même quand la respiration est entreprise, et *celle-ci s'éteindre la première, sans que la circulation, par son trouble, ait averti du péril.* Si l'inhalation est continuée après que la respiration est devenue irrégulière, la mort est rapide et presque toujours inévitable. »

Nous ne connaissions pas ces expériences; mais elles traduisent très-exactement ce qu'il nous est donné d'observer sur l'homme vivant, et elles viennent à l'appui du précepte sur lequel nous n'avons cessé d'insister.

Nous ne dirons rien de l'importance qu'on a attachée à la menstruation, soit présente, soit même passée depuis huit jours; bien que l'hypothèse pure y ait été caressée d'une façon peu usitée en médecine légale.

Mais les conclusions du quatrième expert sont surtout de nature à susciter un profond étonnement. Premièrement, il regrette *que le chloroforme n'ait pas été mieux préparé.* Or, une note du rapport des trois experts que nous avons reproduite déclare que l'analyse en a *démontré la pureté.* Qui faut-il croire? ou le chirurgien, ou l'analyse chimique?

En second lieu, il accuse M. Kobelt d'avoir employé un procédé vicieux, l'inhalation concentrée. Or, M. Kobelt affirme au contraire qu'il n'emploie pas ce procédé; que, dans le cas particulier, il ne l'a pas employé; et les deux seuls témoins du malheur affirment à l'audience qu'en effet le mouchoir n'a pas touché la bouche ni les narines. La déposition du mari surtout ne nous paraît laisser aucun doute. Mais l'expert n'y croit pas; et pour quelle raison? Parce qu'*il aurait fallu que M. Kobelt se fût trouvé dans des circonstances exceptionnelles; et cette hypothèse*, ajoute l'expert, *n'est pas soutenable !*

Malheureusement, la circonstance exceptionnelle est une réalité trop évidente; et l'expert ne dit-il pas lui-même, un peu plus haut, que des accidents pareils à celui-ci *sont très-rares et véritablement exceptionnels?*

Ce n'est donc pas l'impureté du chloroforme qu'il faut accuser ici; il était pur; — ce n'est pas donc plus le procédé suivi; de la déposition unanime des témoins, le procédé a été prudent et réservé. Que sera-ce donc?

Il y a, dans l'autopsie si remarquablement décrite par les trois premiers experts, un point qui n'a pas attiré l'attention au procès, et qui nous paraît d'une très-haute importance; c'est l'état de la langue et de l'épiglotte. Si jamais on a signalé dans les autopsies de ce genre une cause matérielle et palpable d'asphyxie, c'est celle-là.

Chose étrange, les trois experts n'en ont tiré aucune déduction; et, cependant, M. Rigaud avait observé ce phénomène sur le vivant, et M. Tourdes, dans son tra-

vail subséquent, en a reconnu toute la portée. Nous en reproduirons encore ce passage :

« La langue était fortement rétractée, et l'épiglotte abaissée fermait l'ouverture du larynx. La position de la langue était très-différente de celle qu'elle occupe dans la plupart des morts par asphyxie, où, projetée en avant, elle est pressée contre les arcades dentaires. L'observation si curieuse, rapportée par M. Rigaud, donne beaucoup de valeur à ce signe ; on sait qu'ayant aperçu, chez une de ses malades prête à étouffer pendant une inhalation, le renversement de la langue et le spasme du larynx, il empêcha une asphyxie imminente, en exerçant une forte traction sur la langue et en découvrant ainsi l'ouverture de la glotte. M. Sédillot a aussi constaté le rôle que joue le spasme du larynx dans les accidents par le chloroforme. En expérimentant sur des animaux, on voit que l'anesthésie se produit avec beaucoup plus de facilité, sans malaise apparent et sans résistance, quand on introduit le chloroforme directement par la trachée-artère, sans le faire passer par le larynx ; MM. Coze et Michel ont mis ce fait hors de doute dans leurs expériences. L'irritation de cet organe peut être le point de départ de mouvements convulsifs qui déterminent les accidents les plus graves. Le renversement de la langue constaté dans le cas actuel doit attirer l'attention sur cette cause de mort. »

Oui, à notre avis, c'est là, dans cette observation malheureuse, ce qui apporte l'enseignement le plus nouveau aux chirurgiens ; c'est cette cause possible de mort qui se concilie parfaitement bien avec la manière dont le chloroforme a été appliqué, avec la petite quantité qui a été dépensée, avec la rapidité de la mort même. Était-il possible, cependant, avant l'éclaircissement fourni par l'autopsie, de se tenir en garde contre cet accident imprévu ? Oui, sans hésitation ; oui, sans la moindre réserve ; et maintenant que M. Kobelt est acquitté, il faut cependant bien lui dire où il a péché, afin que cette catastrophe lui soit utile à lui et à d'autres.

Il n'a point péché en employant du chloroforme impur ; le sien était pur.

Il n'a point péché en employant un mauvais procédé ; son procédé était bon.

Il a péché en ne surveillant pas la respiration de sa malade ; et il est trop évident, d'après les dépositions des témoins, qu'il ne s'en est pas suffisamment inquiété.

Il a péché ensuite en recourant à des moyens dérisoires, la position, les frictions au vinaigre et à l'eau de Cologne, l'ammoniaque, la saignée, les sinapismes ; toutes choses bonnes à faire perdre un temps précieux, et à rendre l'asphyxie irrémédiable. En pareille circonstance, M. Ricord insuffle bouche à bouche ; M. Escallier porte le doigt au fond de la gorge pour déterminer des contractions (voir *Revue médico-chirurg.*, t. VI, p. 369). Ce dernier moyen, tout à fait empirique dès le début, avait déjà réussi empiriquement ; il a été appliqué plus rationnellement par M. Rigaud ; l'autopsie de Mme Simon lui donne une nouvelle consécration scientifique ; et probablement il eût sauvé cette malheureuse femme, s'il eût été employé à temps.

MALGAIGNE.

— M. le professeur J. Cloquet a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— M. J.-B. Baillière a été nommé chevalier du même ordre, attendu, dit le *Moniteur, les services qu'il a rendus par la publication des ouvrages scientifiques et médicaux des savants français et étrangers.* Il eût fallu ajouter : *et pour les sacrifices qu'il a faits pour ces belles éditions d'Hippocrate, d'Oribase, d'A. Paré, qui sortent du cercle purement industriel de la librairie.* Dans tous les cas, nous applaudissons bien sincèrement à cet acte de justice.

Paris, impr. de Paul Dupont, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 45.



REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

MARS 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Mémoire sur la broncho-pneumonie vésiculaire chez les enfants; par les docteurs Barthez et Rilliet, *médecins des hôpitaux de Paris et de Genève.*

Dans plusieurs publications récentes (1), nous avons traité quelques points de l'histoire de la trachéo-bronchite et de la broncho-pneumonie chez les enfants. Le travail que nous donnons aujourd'hui a pour but de continuer cette étude partielle. En premier lieu, nous appellerons l'attention sur une forme de l'inflammation pulmonaire peu connue des médecins, ou non encore appréciée à sa valeur, la pneumonie vésiculaire; en second lieu, nous donnerons sur l'ensemble des lésions anatomiques de la broncho-pneumonie un résumé qui ouvrira la voie à quelques idées plus médicales et plus pratiques.

Broncho-pneumonie vésiculaire.

Il existe, avons-nous dit, plusieurs espèces anatomiques distinctes de l'inflammation pulmonaire. Nous avons donné en exemple l'hépatisation, puis la congestion partielle ou généralisée, si parfaitement séparée de la première par MM. Legendre et Bailly; bien qu'à notre sens ces auteurs, suivis depuis par MM. West, Hardy et Behier, lui aient à

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux,* novembre 1851; *Revue médico-chirurgicale,* novembre 1851; *Archives,* octobre et novembre 1851; *Union médicale, comptes rendus des séances de la Société des hôpitaux.*

tort dénié tout caractère phlegmasique. La broncho-pneumonie vésiculaire est une troisième espèce que l'on ne saurait méconnaître, et qui est tout aussi distincte que les deux précédentes. En effet, cette phlegmasie du poumon n'est ni une congestion lobulaire, ni une hépatisation partielle rouge ou grise, elle s'éloigne encore plus de la splénisation ; elle n'est pas un degré plus ou moins avancé des unes ou des autres ; elle est une inflammation spéciale ayant ses degrés et ses évolutions propres.

Le mot de pneumonie vésiculaire paraît avoir été introduit dans la science par le professeur Andral (1). Il a décrit, sous ce nom, des granulations rouges, disséminées au milieu du tissu pulmonaire, et qui sont évidemment le résultat d'une véritable hépatisation bornée à une vésicule ou à un très-petit groupe de vésicules. Elles n'ont pas d'autre rapport que celui du nom avec la lésion que nous avons décrite sous le titre de pneumonie ou bronchite vésiculaire.

Sous ce nom, beaucoup trop vague et qui prête à l'erreur, nous avons les premiers décrit, en 1838 (2), cette phlegmasie pulmonaire, sans afficher la prétention de l'avoir découverte ; car sa connaissance était, à l'hôpital des Enfants, une sorte de tradition, dont l'origine nous a toujours paru devoir être attribuée à Guersant.

M. Berton (3), sans employer le même mot, a indiqué les dilatations purulentes des vésicules bronchiques et les a comparées à l'emphysème : il a rapproché de cette lésion des espèces d'abcès, ou plutôt des collections purulentes dues à la distension et à la rupture de quelques vésicules pulmonaires remplies de pus.

M. Barrier (4), qui parle aussi de la dilatation des extrémités bronchiques par la matière purulente et de l'infiltration de ce liquide dans le tissu aréolaire du poumon, ne décrit cependant pas d'une manière bien explicite ces petites tumeurs si bien nommées plus tard granulations purulentes, par M. Fauvel.

En effet, une des meilleures descriptions qui en ait été donnée, est celle que le savant professeur de l'Ecole de Constantinople a insérée dans les Mémoires de la Société médicale d'observation. Claire, concise et complète tout à la fois, elle montre la différence qui existe entre cette lésion et l'hépatisation au troisième degré.

MM. Legendre et Bailly (5) ont ajouté de nouveaux détails à cette description ; au moyen de l'insufflation, ils ont démontré, mieux qu'on ne l'avait fait avant eux, qu'on ne doit pas confondre les grains purulents avec l'hépatisation grise partielle ; ils en ont indiqué un premier degré dans lequel la maladie est bornée à une seule vésicule non dilatée,

---

(1) *Anatomie pathologique*, t. II, p. 509, et *Clinique médicale*.
(2) *De la pneumonie chez les enfants*.
(3) *Traité des maladies des enfants*, 2e édit., p. 488.
(4) *Traité des maladies des enfants*, t. I, p. 104, 2e édit.
(5) *Recherches sur les maladies, etc.*, p. 212.

et ils ont regardé comme un troisième degré cette autre lésion que nous avons indiquée sous le nom de vacuoles pulmonaires, et qui était, pour nous, une dilatation de l'extrémité des petites bronches.

M. Bouchut (1), qui a consacré quelques lignes à la bronchite vésiculaire, a certainement compris sous ce nom une autre lésion que celle décrite par MM. Fauvel, Legendre et Bailly, et par nous. Il a parlé d'ampoules contenant de l'air et du mucus ; et celles qu'il a vues renfermaient chacune une granulation tuberculeuse attachée à ses parois.

M. West (2) a donné de la bronchite vésiculaire une description abrégée qui ne s'éloigne pas de celle des auteurs français.

MM. Hardy et Behier (3) ont confirmé l'exactitude des descriptions données par leurs prédécesseurs; ils considèrent la maladie comme une inflammation des dernières ramifications bronchiques; ils en rapprochent les vacuoles pulmonaires, et admettent, contrairement à l'opinion de MM. Bailly et Legendre, qu'elles sont constituées par une association de la sécrétion muco-purulente et des lésions de l'emphysème vésiculaire. Cette opinion était celle déjà émise par M. Berton (4).

Tous les auteurs que nous venons de citer, sans nous excepter, rattachent la granulation purulente à une altération des bronches, même lorsqu'elle est passée à l'état de vacuole; quelques-uns, cependant, regardent cette dernière comme une fonte purulente d'une portion du tissu lui-même.

Les nouvelles recherches que nous avons faites nous ont engagés à regarder la granulation purulente comme une phlegmasie, non-seulement des vésicules, mais du parenchyme pulmonaire lui-même. Aussi, malgré les travaux assez nombreux que nous venons de rappeler, nous croyons devoir en donner une nouvelle description; nous y sommes d'autant plus portés, que plusieurs médecins confondent encore cette lésion, soit avec les tubercules crus, soit avec l'hépatisation grise disséminée. Nous décrirons séparément les grains purulents et les vacuoles pulmonaires.

A. *Bronchite ou pneumonie vésiculaire, grains jaunes, — granulations purulentes.*

Cette lésion se montre à la surface du poumon sous la forme de taches de couleur jaune, dont l'étendue varie du volume d'un grain de millet à celui d'une petite lentille, et qui sont en général saillantes. Leur

(1) *Manuel des maladies des nouveau-nés,* p. 296.

(2) *Lectures on the diseases of infancy and Childhood,* p. 174.

(3) *Traité élémentaire de pathologie interne,* t. II.

(4) Depuis la composition de cet article, nous avons eu connaissance d'un Mémoire important du docteur Gairdner, publié, en 1850, dans : *The Monthly journal of medical science.* Le docteur Gairdner confirme toutes nos descriptions anatomiques ; et celles qu'il donne lui-même sont remarquables par leur exactitude. Ce Mémoire sera consulté avec fruit par tous ceux qui voudront connaître l'histoire anatomique de la bronchite.

couleur et leur saillie tranchent assez vivement sur celles du tissu voisin, surtout s'il a la couleur violette et la dépression qui caractérisent la congestion ; ces grains, durs et résistant sous le doigt, sont isolés ou confluents, limités par les intersections lobulaires ou plus petits que les lobules. Piqués et légèrement pressés, ils fournissent un liquide grisâtre d'apparence purulente.

La coupe du poumon présente sur sa surface un nombre variable de ces grains isolés ou confluents, comme à sa surface, et plus ou moins saillants, suivant l'état du tissu voisin. Les uns ont été tranchés par la section, les autres lui ont échappé et sont restés arrondis. Ils donnent à la coupe un aspect inégal, comme mamelonné, mais nullement granuleux comme dans l'hépatisation ; isolés avec soin des tissus voisins, ils précipitent au fond de l'eau. Par leur section, quelques-uns fournissent immédiatement un liquide grisâtre puriforme ; d'autres fois, il faut les piquer ou les presser légèrement, et alors on voit sourdre le muco-pus par une ou plusieurs petites ouvertures ; le liquide étant ainsi exprimé, on peut souvent apercevoir un ou plusieurs points déprimés au milieu de la trame celluleuse. Il nous est arrivé de pouvoir suivre un canal très-délié de quelques lignes de longueur, à parois lisses, petit tuyau bronchique qui venait se terminer ainsi dans la granulation.

Ces caractères suffisent pour différencier les granulations des tubercules miliaires, qui sont pleins, solides et résistants, ne donnent pas de liquide à la pression, et ont une couleur plus jaune. Il est plus facile de les confondre avec des points d'hépatisation au troisième degré : elles s'en distinguent par leur volume constamment peu considérable, par leur couleur d'un jaune grisâtre uniforme sans marbrures rouges, par leur aspect un peu spongieux et nullement granuleux, par l'absence d'hépatisation immédiatement autour d'elles. En effet, elles tranchent vivement par leur saillie et leur couleur sur le tissu environnant, qui est sain ou déprimé par la congestion ou la carnification ; que si les grains purulents se confondent insensiblement sur leurs bords avec le tissu congestionné, on voit comme des points gris très-petits jetés sur un fond violet ; mais nullement les marbrures qui caractérisent le passage du second au troisième degré de l'hépatisation.

L'insufflation modifie diversement la bronchite vésiculaire ; en distendant les tissus voisins, en leur donnant une couleur gris-rose, elle dissimule les granulations. Celles-ci alors ne sont plus reconnaissables que par la sensation de dureté qu'elles donnent au doigt, par leur très-légère saillie, par leur teinte plus grise, et parce que, isolées avec soin, elles se précipitent au fond de l'eau. Mais il faut une grande attention pour constater ces caractères et pour ne pas croire que tout le tissu a été insufflé. D'autres fois, les granulations ne résistent pas à l'introduction de l'air, et le plus grand nombre réellement insufflées disparaissent.

MM. Bailly et Legendre décrivent, comme premier degré de cette lésion, des cellules situées au centre de lobules légèrement injectés et

qui, au lieu d'être transparentes, offrent une teinte gris perle, puis plus foncée, sans dilatation ni saillie, s'affaissant par la piqûre, et laissant alors suinter un liquide grisâtre, opalin, visqueux. Nous avons quelquefois cherché ces vésicules, et nous n'avons pas réussi à les trouver. Nous ne nions cependant pas leur existence, et nous sommes persuadés qu'un examen plus répété nous eût permis de les constater. Ce fait, d'ailleurs, confirme l'opinion que nous avions déjà émise en 1838, en disant que la granulation pouvait être le résultat de l'union de plusieurs vésicules voisines devenues simultanément malades.

Dans un degré plus avancé, la granulation perd une partie de sa solidité et de sa résistance ; le noyau qu'elle forme n'est plus aussi rempli ni aussi saillant, il est comme affaissé et semi-liquide.
elle ne constitue pas encore une collection purulente; car le liquide, emprisonné dans des mailles cellulaires lâches, exige une pression pour s'écouler en gouttelettes séparées, et la granulation détachée, en tout ou par parties, se précipite au fond de l'eau, même après l'insufflation qui ne l'a pas modifiée, bien qu'elle ait distendu les parties voisines. Cette forme nous paraît une transition des grains jaunes aux vacuoles ; mais nous n'affirmons pas qu'elle soit constante (1).

La bronchite vésiculaire peut se développer dans toutes les parties du poumon ; mais on la rencontre moins souvent dans le lobe supérieur que dans l'inférieur, où les grains jaunes sont plus nombreux et plus confluents. Cependant, le point où ils s'agglomèrent le plus souvent et le seul, pour ainsi dire, où leur réunion forme de larges surfaces, est la languette cardiaque du lobe supérieur gauche et la partie correspondante du poumon droit.

Aussi souvent simple que double, la bronchite vésiculaire est peut-être plus fréquente à gauche qu'à droite, et, de ce côté, elle est quelquefois bornée au lobe moyen seul.

Cette lésion coïncide presque toujours avec une abondante sécrétion de la muqueuse bronchique; nous dirions volontiers que c'est là une des conditions essentielles de son existence, si dans un très-petit nombre

---

(1) Cette transition des granulations aux vacuoles n'ayant pas encore été indiquée, nous donnons la description suivante, extraite de l'une de nos observations : Garçon de 2 ans ayant succombé au 21e jour d'une broncho-pneumonie. « .... La « coupe du lobe inférieur du poumon droit montre un tissu violacé lisse, flasque, « déprimé, sur lequel font saillie des taches jaunes résistantes.... (granulations « jaunes); quelques-unes des plus grosses, en petit nombre, affaissées, sont pres- « que liquéfiées et paraissent former une collection purulente : cependant, la sec- « tion ne les a pas vidées et la pression fait sortir le liquide par plusieurs petits « points.... Le poumon gauche présente à l'extérieur la même apparence que le « poumon droit : l'insufflation a distendu toutes les parties violettes.... et a res- « pecté le plus grand nombre des granulations, même celles qui sont ramollies et « affaissées; la pression en fait toujours sourdre du liquide purulent, et, isolées « avec soin, elles plongent au fond de l'eau. »

de cas nous n'avions trouvé à peu près vides les bronches qui environnent les granulations purulentes.

La rougeur et la dilatation des petites bronches coexistent fréquemment avec la bronchite vésiculaire, mais la congestion inflammatoire du tissu pulmonaire est encore plus habituelle. En effet, dans les cas mêmes où le tissu voisin est encore perméable à l'air, il présente le plus souvent des points engoués ou congestionnés non loin de ceux qui sont occupés par les grains purulents. D'autres fois la bronchite vésiculaire, située au milieu des parties saines dans une portion du poumon, est entourée de tissu congestionné dans une autre portion du même poumon. Nous n'avons pas trouvé de cas dans lesquels la bronchite vésiculaire existât indépendamment de l'une ou de l'autre de ces trois lésions.

L'âge n'a qu'une médiocre influence sur la production des grains jaunes; peut-être sont-ils plus fréquents de trois à neuf ans qu'avant ou après cet âge; mais l'une des conditions favorables à leur développement semble être la conservation des forces en même temps que la durée de la broncho-pneumonie. En effet, la proportion des cas est notablement plus considérable chez les enfants qui ont conservé une certaine force que chez ceux qui sont débilités. D'autre part, la bronchite vésiculaire ne marque pas le début du mal; il faut que celui-ci ait duré un certain temps pour qu'on la trouve à l'autopsie.

D'après la description qui précède, il paraît certain que la maladie siége primitivement dans l'extrémité des tuyaux bronchiques; le premier degré, décrit par MM. Legendre et Bailly, en est une preuve, et montre en même temps la vésicule isolément malade. Plus tard, celle-ci se dilate, devient saillante et constitue la granulation purulente uniloculaire, que la section vide immédiatement et qui fournit le liquide par une seule ouverture. Si le travail morbide a lieu dans plusieurs vésicules juxta-posées, il en résulte les granulations plus volumineuses qui, après section, donnent issue au liquide par plusieurs pertuis. Dans tous ces cas, les parois vésiculaires existent encore, elles sont résistantes, dilatables; les cavités sont isolées les unes des autres, et l'insufflation, en faisant pénétrer l'air dans les vésicules, déplace le muco-pus et fait disparaître la granulation, ou, tout au moins, la diminue notablement.

Notre ami, le professeur Fauvel, a rattaché comme nous cette lésion à la bronchite capillaire aiguë; il la regarde comme analogue à la dilatation des bronches, et produite mécaniquement par le passage du liquide bronchique dans la vésicule pulmonaire. Cette explication est la seule qu'il admette, et il ne croit pas que les vésicules elles-mêmes aient pu sécréter le liquide morbide (1). Il trouve trop subtile la distinction que nous avons faite entre l'inflammation de la surface interne des vésicules pulmonaires et celle du tissu cellulaire de leurs parois; il pense que dans une organisation aussi délicate, il n'est pas possible de comprendre

(1) *Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. II, p. 514.

l'une sans l'autre. Ne pouvant reconnaître l'existence d'une pneumonie au troisième degré dans une lésion qui n'en présente pas les caractères anatomiques, il croit préférable d'admettre un dépôt purement mécanique de matière purulente. D'un autre côté, MM. Bailly et Legendre repoussent complétement cette explication. « On comprendrait difficilement, disent-ils, que des vésicules remplies d'air pussent admettre dans leur intérieur le liquide qui remplit les bronches capillaires; car ce fait serait en opposition avec les lois physiques qui démontrent que des tubes capillaires fermés par une de leurs extrémités et remplis d'air ne peuvent admettre de liquide dans leur intérieur. » Cette objection serait très-plausible s'il s'agissait de tubes non dilatables; elle nous semble disparaître devant ce fait, que les vésicules pulmonaires comme les tuyaux bronchiques capillaires peuvent se dilater, et par conséquent permettre au liquide, poussé par les efforts inspirateurs, de chasser l'air contenu dans les vésicules. Il faut bien, d'ailleurs, qu'il en puisse être ainsi, car on ne comprendrait pas davantage comment, après la mort, l'insufflation ferait pénétrer l'air dans des vésicules pleines de pus, non dilatées et non dilatables. M. Fauvel avait d'ailleurs répondu d'avance à cette objection : « Par un effort expirateur, dit-il, il peut arriver qu'une ou plusieurs cellules se débarrassent de l'air qui les distendait, et si une inspiration vigoureuse survient, alors la matière bronchique, refoulée par la colonne d'air qui ne peut la traverser facilement, avance vers la périphérie et peut envahir les cellules du poumon. »

Si l'opinion de M. Fauvel nous paraît plausible, nous persistons cependant à croire que la sécrétion peut se faire directement dans les vésicules bronchiques. Nous ne voyons pas pourquoi la muqueuse, quelque ténue qu'elle soit, ne pourrait pas sécréter un mucus altéré sans que le tissu cellulaire qui la double soit enflammé, et sans qu'il existe une véritable hépatisation. Les travaux de MM. Legendre et Bailly viennent à l'appui de cette opinion que nous avions déjà émise, et qui se trouve confirmée par les remarques suivantes.

Il est des grains purulents, résultat de l'agglomération de plusieurs vésicules malades, qui ne nous paraissent pas être uniquement constitués par une sécrétion intra-vésiculaire. Avant ou après la maladie de la muqueuse, le tissu qui sépare les vésicules est le siége d'un travail morbide et d'une sécrétion purulente qui est aussi extra-vésiculaire. En admettant cette forme anatomique de la maladie, nous rentrons dans l'idée du docteur Fauvel, qui ne comprenait pas l'inflammation de la surface vésiculaire interne sans celle du tissu cellulaire voisin; nous comprenons pourquoi ces grains ne sont pas complétement vidés par la pression du pus qu'ils contiennent, pourquoi ils résistent à l'insufflation la plus énergique; en outre, nous nous rendons compte de ces granulations affaissées et cependant imperméables à l'air, dont nous avons parlé ci-dessus; par là enfin, nous pourrons expliquer plus tard la fonte purulente de la granulation (1).

(1) Nous savons bien qu'il manque à cette idée la preuve positive que pourrait

Il résulte de cette discussion : 1° que nous regardons la granulation purulente comme le résultat de la présence du muco-pus dans une ou plusieurs vésicules pulmonaires ; 2° que le liquide morbide a été sécrété sur place, ou mécaniquement amené par les efforts inspirateurs : cette dernière idée nous semble moins probable et moins prouvée ; 3° qu'il paraît que cette sécrétion est souvent le résultat d'une phlegmasie que la ténuité des tissus ne permet pas de reconnaître à simple vue ; 4° qu'à une certaine période, la phlegmasie ne peut plus guère être révoquée en doute ; 5° que probablement elle siége souvent à l'extérieur des vésicules aussi bien qu'à l'intérieur.

(La fin au prochain numéro.)

Sur le traitement local des maladies du pharynx et du larynx, et spécialement de l'affection folliculeuse ; *Mémoire lu à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg* ; *par* **John Scott**, *M. D.*

Mon objet, dans les observations suivantes, est d'appeler l'attention de la société sur un sujet d'une grande importance pratique, qui ne me paraît pas aussi connu des praticiens qu'il le mérite assurément : je veux parler de la cautérisation du larynx et de la cavité du pharynx dans les cas de maladie folliculeuse. Un excellent travail sur cette matière a été publié en 1846 par le docteur Horace Green, de New-York, dans lequel il décrit d'une manière claire et complète l'application du remède topique

---

donner le microscope, du siége précis de la suppuration au dehors aussi bien qu'au dedans des vésicules. Dans le but d'obtenir cette preuve, nous avons prié M. Lebert, dont le monde savant connaît le mérite et apprécie l'habileté spéciale, d'examiner ces granulations au microscope ; malheureusement, nous n'avons pu lui fournir qu'une seule occasion de faire cette étude. Voici un extrait de la note qu'il a bien voulu nous remettre : « Les taches jaunâtres sont formées par une véritable infil-
« tration purulente, dans laquelle le microscope démontre des globules purulents
« à noyau et des globules pyoïdes sans noyau... Cette infiltration purulente, par
« semis multiples, ne diffère de l'hépatisation grise que par l'aspect plus franche-
« ment purulent et par la dissémination des taches.... Ces infiltrations purulentes
« partielles montrent, examinées à la loupe, la destruction de la vésicule à leur ni-
« veau, et la conservation du tissu cellulaire seulement ; des vaisseaux nombreux
« entourent ces infiltrations, mais on n'en voit plus au milieu d'elles. »

Est-ce dans le tissu cellulaire conservé qu'existe l'infiltration purulente, ou bien n'occupe-t-elle que la place des vésicules détruites? Si le pus occupe le tissu cellulaire, s'y est-il infiltré consécutivement à la rupture des vésicules, ou bien y a-t-il été produit d'emblée? L'absence de vaisseaux au centre des infiltrations, c'est-à-dire dans ce tissu cellulaire, n'indique-t-il pas une altération du tissu lui-même? Il est d'ailleurs inutile de faire remarquer que, pour arriver à la solution complète de la question, il faudrait étudier un grand nombre de ces granulations, sur divers sujets et à divers degrés de développement.

et les maladies dans lesquelles il convient. Depuis plusieurs années, les médecins sont dans l'habitude d'appliquer le caustique dans la gorge sur les amygdales et la luette, sous forme solide et liquide, dans l'angine, la scarlatine angineuse tonsillaire et d'autres affections aiguës. Sir Ch. Bell est le premier, toutefois, qui ait porté la solution caustique dans le larynx même. Dans ses *Surgical observations*, il rapporte un cas intéressant où le malade était menacé de suffocation, et où la solution fut portée sur la glotte affectée d'ulcération avec un heureux résultat. Un autre cas traité pareillement par sir Ch. Bell, est relaté par le docteur Watson. On trouvera ces observations rapportées en détail dans le dernier volume de la *British and Foreign Rewiew* de Forbes ; de même qu'un exposé de la pratique du docteur Vance, en ce qu'il appelle le *balayage* (*swabbing*) de la glotte, à l'aide d'un doigt de gant trempé dans la solution caustique.

En 1836, MM. Trousseau et Belloc ont décrit la cautérisation du larynx dans la phthisie laryngée ; mais ils semblent l'avoir employée avec hésitation et répugnance, et n'avoir pas bien apprécié les avantages marqués qui en résultent ; lui préférant, dans la plupart des cas, l'injection à l'aide d'une ingénieuse seringue. C'est donc au docteur Green que nous devons l'application spéciale de ce mode de traitement à une forme de maladie fort commune et fort grave, qu'il a le premier décrite et nettement distinguée des autres. Il lui a donné le nom de *maladie folliculeuse des voies aériennes* ; et elle consiste, en effet, en un état morbide des follicules glanduleux de la muqueuse de l'arrière-gorge, du larynx et de la trachée. Les altérations de structure sont une inflammation, qui peut se terminer par ulcération, hypertrophie, induration, ou un dépôt de matière tuberculeuse dans les follicules eux-mêmes. Cette affection, à raison de sa fréquence dans le clergé en Amérique aussi bien qu'en Angleterre, avait été appelée *le mal de gorge des gens d'église* (*clergyman's sore throat*). C'est une forme de maladie que nous avons tous eu occasion de rencontrer, et dont nous avons pu reconnaître l'opiniâtreté. J'ai toujours eu pour habitude de la traiter par le nitrate d'argent sous forme solide ou liquide, ou par le sulfate de cuivre ; mais quand l'épiglotte et le larynx sont principalement attaqués, le traitement en devient plus long et moins sûr ; et dans beaucoup de cas l'affection est considérée comme incurable, et confondue avec d'autres maladies plus graves. Le mode de traitement du docteur Green consiste à cautériser largement toute l'étendue des surfaces malades avec une forte solution de nitrate d'argent cristallisé, en général à la dose de *cinquante à soixante grains* par chaque once d'eau distillée. On déprime la langue et l'on met l'épiglotte à nu à l'aide d'une spatule articulée, que l'on trouve dans le magasin de M. Young, Princes-Street.

La solution est appliquée à l'aide d'une tige de baleine recourbée, munie à son extrémité d'un petit morceau d'éponge. Dans beaucoup de cas, il suffit de cautériser le fond de la gorge, et de presser l'éponge

contre l'orifice de la glotte (1), sans essayer de pénétrer dans le larynx. Dans d'autres cas, il est nécessaire de franchir l'orifice supérieur du larynx, et d'arriver aux cordes vocales. Cela s'accomplit généralement avec peu de difficulté. Je sais bien qu'on a été jusqu'à en nier la possibilité ; mais je puis dire que j'ai pratiqué cette introduction nombre de fois, et qu'elle détermine beaucoup moins d'irritation qu'on n'aurait pu s'y attendre. Pour y réussir, on porte l'éponge d'une main ferme et sans toucher le pharynx, en arrière de l'épiglotte redressée; on la retire alors légèrement en avant, et on l'enfonce fermement en bas, de manière à la faire pénétrer rapidement dans la glotte, ce que l'on connaît à la sensation d'étranglement (*grasping*) et au spasme que le malade éprouve immédiatement. C'est une sensation particulière, bien que non douloureuse en général. On facilite encore l'opération en engageant le malade à faire une large inspiration. L'action spasmodique exprime le liquide de l'éponge, et lui permet ainsi de se répandre librement sur la surface malade, où il détermine une sécrétion immédiate et abondante de mucus. Il est toujours utile, avant de porter l'éponge dans l'intérieur de la glotte, de commencer par l'appliquer une ou deux fois à l'isthme du gosier et au pharynx, pour faire l'éducation des parties, selon l'expression du docteur Green ; à moins, bien entendu, qu'il ne s'agisse d'un cas très-urgent. Quelquefois on rencontre une difficulté provenant du gonflement de l'épiglotte ou de l'ouverture ; quelques applications en feront justice, et alors l'éponge pénétrera sans difficulté.

Il arrive quelquefois que le spasme est très-violent dans le moment même, mais il se dissipe promptement, et je n'ai jamais vu qu'il ait été suivi d'aucun symptôme fâcheux. La maladie à laquelle ce mode de traitement est applicable, a été si bien décrite par le docteur Green, qu'il serait superflu d'entrer dans un grand détail à cet égard (2).

Je ne dirai rien de l'application de ce mode de traitement au croup, n'ayant pas trouvé l'occasion de l'essayer. Le docteur Green a publié sur ce point un travail où il annonce des succès de nature à faire rejeter l'opération dans cette redoutable maladie. J'en dirai autant de la coqueluche, où le même traitement a été pareillement trouvé efficace. Il faut toujours s'assurer de l'état des tonsilles et de la luette ; quand elles sont sérieusement affectées, l'excision est le seul remède efficace. Il y a enfin d'autres cas d'affections aiguës où le caustique peut être employé, et où, comme il été dit, les médecins anglais en font depuis longtemps un usage habituel. Dans la diphthérite, une libérale application du caustique en solution sur toute la surface affectée détruit la croûte inflammatoire, et laisse à la place une surface de meilleure nature. Il faut ré-

---

(1) Il y a ici une confusion dans les termes, et la phrase suivante montrera suffisamment que le prétendu *orifice de la glotte* dont il est ici question, n'est autre que l'orifice supérieur du larynx. (*Note du traducteur.*)

(2) Voir un extrait de l'ouvrage du docteur Green à la fin de ce Mémoire. (*Note du traducteur.*)

péter cette application deux ou trois fois par jour. Dans la scarlatine angineuse, j'ai usé de l'éponge avec un bon résultat.

Le fait suivant, communiqué par mon ami le docteur Brown, est un exemple de l'emploi du caustique dans les maladies aiguës.

Obs. I.—J. S., âgé de 43 ans, homme fort, actif et bien portant, eut une violente attaque d'un mal de gorge érysipélateux qui exigea un traitement énergique local et général. Il était en convalescence, lorsque je fus appelé en hâte avec l'avis qu'il se mourait. J'étais heureusement avec le docteur Scott qui vint avec moi. Le malade offrait toutes les apparences d'une mort prochaine ; la face exprimait une terreur et une angoisse très-fortes ; les extrémités étaient froides ; le pouls tellement faible et rapide qu'on pouvait à peine le compter ; la respiration presque impossible, apparemment à cause de quelque affection du haut des voies aériennes ; la voix était perdue. En regardant profondément dans la gorge, on voyait le pharynx et la partie supérieure du larynx d'un rouge sombre. Le malade étant trop faible pour supporter la saignée et dans un péril trop grand pour agir avec lenteur, le docteur Scott appliqua la solution de nitrate d'argent qu'il avait par hasard sur lui. Il enfonça l'éponge entièrement dans le larynx. Le patient presque aussitôt indiqua par signes qu'il était soulagé. Le soir il put parler un peu, supporter dans le lit la position horizontale ; il était mieux sous tous les rapports. On appliqua un vésicatoire, et l'on donna le calomel et l'opium à l'intérieur.

Le lendemain matin, amélioration très-marquée. L'éponge est de rechef appliquée sans difficulté.

La guérison fut rapide, et le sujet a vécu depuis lors plus de deux ans en parfaite santé, reconnaissant sans hésitation qu'il était redevable de la vie à l'éponge et au caustique.

L'issue de ce cas a été heureuse ; toutefois, je pense que nous ne saurions être toujours aussi certains du succès, et qu'il faut unir au traitement local le traitement général. Les sangsues, l'émétique, le calomel et l'opium, ou les émissions sanguines sont fréquemment indiqués. Dans les premières périodes de la diphthérite, où l'exsudation commence sur les tonsilles et l'arrière-gorge, j'ai vu le caustique solide ou en solution arrêter la maladie. Dans la diphthérite épidémique, qui est si fatale et où la soudaine dépression des forces vitales et la mort arrivent très-rapidement, je n'ai pas eu occasion d'en constater les effets.

Mais la maladie pour laquelle ce traitement est le plus habituellement réclamé, est la maladie folliculeuse de la gorge et du larynx, affection très-commune, et si fréquente qu'il y a lieu de s'étonner du peu d'attention qu'on lui a donné jusqu'ici. Elle se rencontre dans toutes les classes, plus peut-être chez les personnes qui parlent en public que chez d'autres, et plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes. Il est singulier qu'elle affecte moins souvent les membres du barreau que toute autre classe d'orateurs ; mais cela peut tenir à deux causes ; d'abord parce qu'ils dépensent moins d'émotion et d'énergie, et parce qu'ils ne sont pas obligés à vociférer autant que les prédicateurs. D'après mon expérience personnelle, j'aurais considéré le barreau comme exempt de cette maladie, s'il ne m'en avait offert quelques cas dans ces derniers jours.

La maladie peut continuer des mois et des années sans exciter beaucoup l'attention. Dans quelques cas le malade n'en est averti que par la raucité ou la perte partielle de sa voix.

Obs. II. — Mistriss F., âgée de 32 ans, vint de la campagne me consulter il y a environ un an, avec une aphonie presque complète. La santé générale était aussi considérablement affectée. Il y avait un trouble général de la constitution, avec le pouls accéléré, la langue chargée. La gorge présentait des granulations qui furent traitées par de libérales applications du caustique. Trois semaines suffirent pour amener un grand amendement; mais comme l'aphonie persistait, on porta l'éponge à l'intérieur de la glotte avec un bon résultat.

Dans ce cas, l'amélioration fut plus lente que d'ordinaire; mais elle marcha progressivement; et quand la malade retourna chez elle, la voix était presque entièrement rétablie.

Il y a certains cas d'aphonie où le traitement échoue, même quand elle a été produite dans l'origine par la maladie folliculeuse, ou qu'il y a eu connexion entre l'une et l'autre. La perte de la voix peut dépendre de diverses causes, de quelque affection nerveuse ou d'un relâchement des cordes vocales, et alors l'aphonie subsiste même quand la maladie originelle a été enlevée. On la guérit pour l'ordinaire par l'emploi varié des toniques et des antispasmodiques; mais elle est très-sujette à reparaître. Quelques épidémies de grippe sont remarquables par la fréquence des cas où la voix est affectée, et pendant le printemps de 1850 j'ai eu de nombreuses occasions de confirmer cette observation. Le docteur Green est aussi d'avis que la maladie s'est étendue en Amérique après la grippe.

Dans les cas ordinaires, on peut remarquer qu'il y a très-peu de toux. Le fond de la gorge est quelquefois rouge, gonflé, granuleux; d'autres fois pâle, relâché et couvert de tubercules indurés. Les premiers symptômes aperçus sont d'ordinaire du crachement et une accumulation constante de salive dans la bouche; un peu d'altération de la voix, qui devient rauque ou perd de sa force; et tous ces phénomènes s'accroissent par la parole ou l'exercice. Il y a aussi une sensation de gêne à la gorge, une tendance constante à avaler, et parfois de la difficulté dans la déglutition; cet état peut continuer un long temps. A l'inspection, la gorge présente un aspect granuleux, les follicules muqueux sont hypertrophiés et recouvrent la partie supérieure du pharynx; dans une période plus avancée ils deviennent indurés, et se prolongent jusque dans le larynx (1).

Moyennant l'application de la solution de nitrate d'argent crystallisé, les cas de la première catégorie sont promptement amenés à guérison. Quand le larynx est pris, après la disparition de l'état granuleux du pharynx, il reste toujours un sentiment de gêne dans la gorge, de l'en-

---

(1) Voir, pour une description plus complète, la note à la fin de ce Mémoire. (*Note du Traducteur.*)

rouement et de la difficulté d'avaler. Il est alors nécessaire de recourir à la cautérisation du larynx à la manière déjà indiquée.

Dans ma pratique particulière, j'ai trouvé fréquemment l'affection folliculeuse accompagnée de quelques troubles généraux, et j'ai été conduit dans plusieurs cas à les regarder comme un indice de l'état de la muqueuse de l'estomac ou des tuyaux bronchiques. Dans les autres cas, l'affection est purement locale et ne demande pas de traitement particulier.

Dans les premières périodes de la phthisie, il faut faire grandement attention à l'état de la gorge. La maladie folliculeuse est souvent accompagnée de toux et d'une légère expectoration, quelquefois purulente. Dans quelques cas on soupçonne la présence de la phthisie, source d'alarmes fâcheuses et sans aucun fondement. Il faut alors s'assurer de l'état des choses par le stéthoscope et la percussion. Quand la poitrine est saine et le larynx malade, tous les symptômes doivent être rapportés à ce dernier organe, et un traitement approprié les fait disparaître.

Voici un de ces cas où l'on avait cru sans sujet à l'existence d'une phthisie.

Obs. III. — Mistriss C., âgée de 23 ans, avait eu la grippe et une bronchite, de laquelle elle s'était lentement et imparfaitement rétablie. Elle apercevait de temps à autre un peu de sang dans les crachats du matin; elle avait de la toux, des accès de fièvre vers le soir; l'amaigrissement était léger, mais la faiblesse considérable; enfin la langue était chargée, le pouls accéléré, l'appétit disparu.

A l'examen, la poitrine fut trouvée saine; mais le fond de la gorge tuméfié, rouge, tuberculeux, et l'épiglotte gonflée. On prescrivit un traitement général, et le pharynx et l'épiglotte furent touchés tous les deux jours. Quinze jours suffirent pour dissiper tous les symptômes, et la malade quitta Edimbourg parfaitement guérie.

J'ai vu aussi une autre forme de cette affection dont voici un exemple.

Obs. IV. — Mistriss S. avait été affectée pendant plusieurs années d'enrouement, d'aphonie, d'une grande difficulté de respirer dans les temps humides, au point de ne pouvoir se coucher horizontalement. La toux revenait par accès violents. Puis, dans la saison chaude et sèche, la malade se retrouvait assez bien, sauf une disposition à récidive au printemps et en hiver. L'inspection fit voir un état tuberculeux de l'arrière-gorge et une légère ulcération de l'épiglotte s'étendant en apparence dans le larynx. Il y eut quelque difficulté pour faire pénétrer l'éponge, et le traitement en exigea dix-huit applications. La malade a quitté l'Ecosse pour un climat plus doux.

Le docteur Green, en mentionnant les causes de la maladie folliculeuse, considère la dyspepsie comme une conséquence de l'affection plutôt que comme une cause. Ceci est contraire à mon expérience, et j'ai vu plusieurs fois précéder la dyspepsie et un dérangement général des organes digestifs. Fréquemment aussi on peut rapporter l'affection folliculeuse à des anxiétés de l'esprit, des études forcées, la négligence des soins hygiéniques. Dans tous ces cas, la santé générale a besoin d'être rétablie au moyen de la salsepareille, de l'iode, de la quinine et

autres remèdes. Un changement de lieu, une trève apportée à ses occupations sont souvent indispensables. J'ai trouvé généralement nécessaire d'administrer le mercure doux à dose altérante, dans une potion alcaline ou saline, pendant huit ou dix jours, en même temps que j'appliquais le traitement local. Toutefois il y a des cas où la santé générale n'a subi aucune atteinte.

Obs. V.—M. C. avait eu une position qui l'obligeait à parler beaucoup en public. Depuis deux ans environ sa voix était devenue enrouée et rauque. Il n'y avait pas de toux, pas de difficulté de respirer; une légère expectoration de mucus; douleur au-dessus du sternum et au-dessous de la clavicule; santé générale bonne. A l'inspection on découvrit de petits ulcères au fond de la gorge; et plus bas, la muqueuse dénudée d'épithélium, blanche, et recouverte d'une couche mince de matière muco-purulente. L'épiglotte était épaissie.

A la première application du caustique, qui cependant ne toucha pas l'épiglotte, le malade se sentit soulagé. A ma seconde visite, le lendemain, je fis pénétrer l'éponge dans la glotte sans causer beaucoup d'irritation.

Obs. VI.—Un des cas les plus intéressants que j'aie vus s'est présenté à moi tout récemment. Le malade me fut adressé par mon ami M. Carmichaël; depuis plus de trois ans, il était sujet à des accès de toux, assez violents parfois pour suspendre la respiration; alors les lèvres devenaient bleues, et le patient tombait sans connaissance, et ne revenait à lui que quelque temps après. Il était commerçant, et la violence de ces accès l'avait obligé à quitter son commerce. Tous les moyens que ses médecins avaient pu imaginer avaient été essayés, et sans résultat; on n'avait pas même obtenu de soulagement.

A l'inspection je trouvai l'arrière-gorge tuberculeuse à sa partie supérieure, la partie inférieure ulcérée, l'épiglotte tuméfiée et ulcérée à la fois. Dès la première application, je portai le caustique dans le larynx; il s'en suivit un affreux paroxysme de respiration croupale, suivi d'une expectoration abondante, et d'un soulagement consécutif. J'ai réappliqué jusqu'ici l'éponge cinq ou six fois, avec un peu plus de réserve que la première, mais toujours jusque dans le larynx. Après la troisième application, il put avaler sa soupe, ce qu'il n'avait pas fait depuis quelque temps. Les repas étaient généralement suivis de malaise et de vomissement, tandis qu'aujourd'hui, après trois semaines de traitement, il peut prendre toute sorte de nourriture; il a gagné quatre à cinq livres en poids, ce qui est le meilleur signe du rétablissement de la santé; et je pense que les progrès à venir seront également satisfaisants.

Un remarquable effet de la maladie folliculeuse est l'extrême dépression morale qui l'accompagne, et un sentiment marqué de débilité et de faiblesse. A mesure que l'état de la gorge s'améliore, l'esprit reprend son équilibre et la force renaît.

Je puis encore rapporter un cas des plus intéressants, dans lequel j'ai eu recours à cette pratique avec une grande amélioration temporaire.

Obs. VII. —Un artiste célèbre avait été pendant une longue série d'années affecté d'enrouement, et même d'aphonie de temps à autre (quand je le vis il ne pouvait parler), de difficulté de respirer, et d'une sensation lors de l'inspiration, comme si un obstacle s'opposait au passage de l'air. Enfin de temps à autre aussi

la déglutition était gênée. La santé générale était altérée; et le sujet avait beaucoup souffert d'une diversité d'affections morbides. Le pharynx paraissait rouge et gonflé, l'épiglotte épaissie et rigide. L'application de la solution caustique, faite avec précaution la première fois, et sans beaucoup d'espoir attendu l'ancienneté de la maladie, amena une amélioration considérable. A la quatrième application, l'éponge fut portée dans le larynx. Il s'ensuivit un spasme violent, avec une forte sensation de suffocation. Toutefois, ces phénomènes disparurent rapidement, et furent suivis d'une expectoration abondante et d'un grand soulagement. Ainsi le malade put se coucher et respirer sans difficulté.

Cependant l'effet spasmodique avait été si violent que j'avais quelques appréhensions pour renouveler la tentative. Le malade, homme de grande résolution, n'en avait aucune. J'y revins donc une fois et d'autres, et malgré l'apparition constante du spasme, il devenait par degrés moins marqué; la voix s'améliora, et nous avions gagné beaucoup de terrain quand malheureusement, pendant le froid intense qui régna en janvier, le malade fut pris d'un mal de gorge inflammatoire et de bronchite, ce qui fit suspendre tout traitement local. Parfois se montrait quelque amendement. Quand je le vis il ne pouvait parler qu'à voix basse. Le larynx cependant n'était pas fortement affecté, excepté dans une circonstance où la difficulté de respirer était telle que je songeai à la laryngotomie. Mais la dyspnée avait disparu le lendemain, et l'inspiration et l'expiration étaient tout à fait libres.

M. Syme qui le vit constamment avec moi, fut d'avis que le larynx n'était pas l'organe affecté. La maladie était évidemment une bronchite, jointe à une maladie du poumon; et il succomba épuisé par cette cause dans le mois d'avril.

Je pourrais ajouter des cas nombreux du même genre; mais j'ai déjà suffisamment occupé le temps de la Société, et je me bornerai pour conclure à quelques remarques.

Les narines sont quelquefois affectées de la maladie folliculeuse, qui s'étend vers le haut et derrière la luette et le voile du palais. Delà un écoulement âcre et qui semble entretenir la maladie de la gorge. Le plus communément il n'y a qu'une narine prise, et généralement du même côté que le pharynx. On y remédie en y portant une éponge mince et plate trempée dans la solution caustique, derrière le voile du palais et en haut dans l'orifice postérieur des fosses nasales.

La fréquence des ulcérations du larynx dans la phthisie est bien connue; mais autant que peut porter mon expérience, ces ulcérations sont une conséquence et non une cause productive de la phthisie. De même, dans les premières périodes, nous rencontrons souvent la maladie folliculeuse qui cède au traitement ordinaire; et dans les périodes plus avancées, où les ulcérations se montrent, nous pouvons apporter un grand soulagement, bien que sans espoir de guérison définitive.

Je n'ai pas eu l'occasion, dans les cas où l'affection est syphilitique, d'employer le traitement par la cautérisation (1).

---

(1) *Month'y Journ. of Medical Science.*

Note sur la maladie folliculeuse des voies aériennes, d'après la description du docteur Green.

L'auteur du Mémoire qu'on vient de lire renvoie pour la description complète de l'affection folliculeuse des voies aériennes, à l'ouvrage du docteur Green (1).

Nous ne connaissons cet ouvrage que par l'analyse qu'en ont donnée les journaux anglais; nous transcrirons donc la description de la maladie en question, de l'analyse du *Monthly Journal*, juin 1850.

Cette maladie a son siége dans les nombreux follicules muqueux de l'arrière-gorge, du pharynx, de l'épiglotte, du larynx, de la trachée, et même de l'œsophage. Ils peuvent être pris d'inflammation, d'ulcération, d'hypertrophie, d'induration, de dépôt de matière tuberculeuse; et la plupart de ces altérations s'accompagnent d'une sécrétion muqueuse très-abondante et viciée. La maladie des follicules peut être primitive et simple, et être entièrement limitée à l'arrière-gorge et à la muqueuse pharyngo-laryngée; ou bien, elle peut se compliquer avec l'hypertrophie ou l'induration des amygdales, et avec l'élongation de la luette. Elle peut aussi exister simultanément et être la conséquence d'autres affections des voies aériennes, laryngite, bronchite, phthisie pulmonaire, avec lesquelles il ne faut pas la confondre. D'un autre côté, elle existe quelquefois seule, sur une muqueuse non-seulement libre de toute inflammation, mais plus pâle même que dans l'état normal; et c'est là l'altération réelle que l'on a à traiter dans beaucoup de cas désignés sous le nom de *bronchite, laryngite chronique, mal de gorge des gens d'église.*

La maladie folliculeuse dans sa forme simple et non compliquée, commence invariablement dans les follicules muqueux de la gorge et du pharynx, et s'étend de là par continuité aux glandules de l'épiglotte, du larynx, de la trachée, et même dans quelques cas de l'œsophage. Ses commencements sont si insidieux et ses progrès si lents, qu'elle peut se prolonger plusieurs mois et prendre une extension considérable avant d'attirer l'attention du malade. Il en est seulement averti, peut-être, par une sensation pénible de la partie supérieure de la gorge, avec une fréquente tendance à exécuter des mouvements de déglutition, comme si ces mouvements pouvaient enlever quelque obstacle dans le passage; plus fréquemment encore, il se livre à des essais répétés pour cracher, afin de débarrasser la gorge et de se soustraire lui-même à la sensation de quelque chose qui adhère à l'entrée des voies aériennes. En même temps, la voix est altérée; elle est enrouée et a moins de force; on s'en

(1) *A Treatise on Diseases of the Air-Passages, comprising an Inquiry into the History, Pathology, Causes, and Treatment of those Affections of the Throat called Bronchitis, Chronic Laryngitis, Clergymen's Sore Throat, etc.;* second Edition, New-York, 1849 ; in-8°, 306 pages.

aperçoit d'abord seulement le matin ou après un repas copieux; mais ensuite ces phénomènes augmentent vers le soir, et après avoir parlé ou plus longtemps ou plus haut que de coutume. Le mucus sécrété est visqueux, opaque, adhérent, et augmente en quantité. Fréquemment on ressent un léger malaise vers la région du larynx, bien que la toux soit rare. Les symptômes peuvent rester dans cet état et à ce degré pendant une longue période, quelquefois plusieurs années; disparaissant presque de temps à autre, puis, réveillés et aggravés par les chan, gements de température, un exercice prolongé des organes de la voix, et par diverses autres causes morbifiques.

Durant ces premiers progrès de la maladie, si l'on inspecte le fond de la bouche et le pharynx, on trouve l'épithélium qui, à l'état sain, recouvre la muqueuse, plus ou moins détruit; et son absence révélée par l'aspect légèrement érodé ou granuleux que la muqueuse présente. Les follicules muqueux sont hypertrophiés, et paraissent distinctement visibles, surtout ceux qui garnissent la partie supérieure et postérieure du pharynx. Si l'affection est chronique, on trouve quelques-uns de ces follicules indurés, ou, dans quelques cas, remplis d'une substance jaunâtre, ressemblant, par son aspect et ses caractères physiques, à de la matière tuberculeuse; tandis que des stries de mucus opaque adhérent, ou d'une sécrétion muco-purulente, apparaissent pendants du voile du palais ou tapissant la paroi postérieure du pharynx.

Mais quand la maladie s'accroît et gagne les follicules situés à la racine de l'épiglotte, ceux qui siégent en avant des cartilages arythénoïdes et ceux encore plus nombreux de la muqueuse du larynx, tous ces premiers symptômes sont de beaucoup aggravés. L'enrouement est plus prononcé et ne disparaît plus; la conversation et la lecture à haute voix s'accompagnent d'une grande difficulté, et, si on les prolonge trop longtemps, sont suivies de douleurs et d'un accroissement du malaise dans la région du larynx, aussi bien que d'une sensation de fatigue, non-seulement des organes de la voix, mais de l'économie tout entière. Dans quelques cas, quand la maladie affecte les follicules situés dans les ventricules du larynx et près des cordes vocales, la voix est complétement éteinte; ou, si par un effort considérable, le malade essaye de parler haut, la résonnance de la voix est inégale, rude et discordante. D'abord, il existe rarement une toux décidée ou fatigante;— circonstance qui distingue la maladie folliculeuse de toutes les autres affections également graves du larynx. Toutefois, à mesure que le mal fait des progrès, et que les follicules du larynx et de la trachée s'affectent, la toux s'établit, légère d'abord, puis pénible à la longue, et, dans la plupart des cas, elle s'accompagne d'une libre expectoration de mucus tenace. A cet égard, elle diffère de la toux sèche de la phthisie commençante.

L'inspection de la gorge, dans cette période avancée, montre généralement un plus ou moins grand nombre des follicules malades dans un état d'ulcération. Ces ulcérations sont généralement observées,

d'abord vers l'arcade palatine, la paroi postérieure du pharynx, et le long du bord ou sur la face laryngée de l'épiglotte. Au commencement, ces ulcères sont petits et superficiels, offrant l'aspect de taches cendrées, entourées d'une base enflammée et légèrement élevée. Après un certain temps, ils détruisent les follicules muqueux, et quelquefois envahissent dans leurs progrès, non-seulement la muqueuse, mais le tissu cellulaire sous-jacent. Il n'est pas rare de voir s'y joindre l'œdème et l'allongement de la luette, et, dans plusieurs cas, l'hypertrophie des amygdales.

Si le mal ne s'arrête point, et arrive jusqu'à l'ulcération des follicules du larynx et de la trachée, la lésion exerce une influence manifeste sur la nature de la toux qui s'aggrave beaucoup, et devient plus ou moins paroxysmale. Si l'altération de structure est étendue, la toux revêt un caractère particulier de craquement ou de sifflement, et s'accompagne d'un malaise considérable dans la région de l'os hyoïde. Les effets produits sur l'intonation de la voix sont aussi très-apparents, mais ils diffèrent selon le siége et l'étendue de la maladie. Si les ulcérations se bornent aux follicules voisins des amygdales, du voile du palais, de la muqueuse du pharynx, la qualité de la voix n'est pas beaucoup changée pour l'ordinaire; les sons sont seulement obscurcis ou imparfaitement articulés. Mais, quand les ulcérations s'étendent au-dessous de l'épiglotte, la voix devient très-rauque et a perdu de sa force. Quand les glandes muqueuses des ventricules laryngiens et près des cordes vocales sont attaquées, l'aphonie est complète, et le malade est réduit à un chuchotement rude. Enfin, quand l'épiglotte, et particulièrement son bord supérieur, est le siége d'ulcérations étendues, il en résulte ordinairement une grande difficulté de la déglutition, avec des douleurs et quelquefois de la dyspnée.

Le docteur Green dit que, dans une grande proportion des cas de laryngite folliculeuse qu'il a eus à traiter, il a trouvé plus ou moins d'ulcérations dans les cryptes de l'épiglotte. Ces érosions occupent fréquemment le bord de ce fibro-cartilage; et souvent on peut les apercevoir distinctement en déprimant la base de la langue avec une large spatule recourbée. Par la même manœuvre, on peut aussi assez fréquemment découvrir des ulcérations profondes et à bords déchirés, creusées dans les fossettes situées au-dessous des papilles lenticulaires à la base de la langue, où existent des attaches à l'épiglotte. Des ulcérations siégeant en ce point déterminent une gêne très-considérable, et, par leur position, se dérobent souvent à l'observateur. A moins de prendre de grandes peines pour attirer toute la masse de la langue en bas et en avant, on ne parviendra pas à les découvrir.

Les symptômes qui caractérisent la présence de ces lésions ne diffèrent pas essentiellement de ceux qui indiquent la présence d'ulcères dans la cavité du larynx; ce sont : une sensation pénible sur un ou les deux côtés de la gorge, précisément au-dessus des cornes de l'os hyoïde; la raucité de la voix, souvent avec plus ou moins de toux, et l'expectoration d'une sécrétion opaque qui semble venir de l'orifice de la trachée

ou du haut de la gorge. Cette expectoration est fréquemment accrue après les repas, et est quelquefois teinte de sang; c'est-à-dire que de petites masses de sang noir, presque coagulé, seront mêlées aux crachats. Selon le docteur Green, les différents aspects présentés par l'épiglotte sont, jusqu'à un certain point, caractéristiques de la situation et de l'étendue des ulcérations de sa surface interne; mais ses observations ne sont pas encore en assez grand nombre pour lui permettre de les classer avec précision. Seulement, quand les ulcérations existent le long du bord et sur la surface laryngienne de l'épiglotte, cet organe qui, dans l'état normal, figure un léger croissant, perd cette forme et paraît aplati comme la langue; il est de plus élargi et épaissi; et son bord peut être vu fréquemment dentelé en scie par les érosions. Quand le groupe de follicules qui constitue la glande épiglottique est le siége de l'ulcération, l'épiglotte s'élève presque en ligne droite, et on la trouve recourbée d'un bord à l'autre, c'est-à-dire que sa forme en croissant est considérablement exagérée. Si enfin la lésion s'étend aux nombreuses glandes des ventricules et à celles qui entourent les cordes vocales, l'altération précédente dans la forme de l'épiglotte sera encore plus marquée; on trouve alors ses bords latéraux roulés en dedans l'un vers l'autre, de telle sorte que l'organe présente presque une forme tubulaire, avec sa convexité tournée vers le dos de la langue.

Lorsque la laryngite folliculeuse coexiste avec la phthisie pulmonaire, les symptômes caractéristiques de la consomption sont généralement beaucoup aggravés par la présence de la première maladie, et l'affection traverse ses périodes et marche à sa fatale terminaison beaucoup plus rapidement que quand la phthisie existe seule. D'où il résulte que, dans ces sortes de cas où des ulcérations du larynx compliquent l'affection pulmonaire, on peut fréquemment prolonger la vie des malades, et adoucir beaucoup leurs souffrances, par l'emploi des remèdes topiques qui servent à apaiser l'irritation du larynx.

CHIRURGIE.

Observation de ligature de l'aorte abdominale, pratiquée en 1842; par M. le docteur Candido Borges Monteiro, *professeur de médecine opératoire et d'appareils à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro* (Brésil) (1).

Antonio Marcelino Cardozo, né à Laguna, province de Sainte-Catherine, demeurant à Rio-Janeiro, rue Das-Violas, nº 31, âgé de 31 ans, d'un tempérament bilieux, d'une vie active et laborieuse, commença, dans le courant du mois de juillet (il avait jusqu'à cette époque,

---

(1) Traduit du portugais; traduction communiquée par M. Follin.

joui d'une parfaite santé), commença, dis-je, après un long voyage à cheval, à éprouver dans le pli de l'aine droite une douleur excessivement vive. Il examina cette région, le siége de sa souffrance, et reconnut que la douleur se manifestait exactement dans un point où existait une tumeur qui donnait lieu à des battements. Il négligea sa maladie et poursuivit son voyage ; mais, au bout de sept jours, la douleur devenant de plus en plus intense, une forte syncope, causée par la souffrance, le mit dans l'impossibilité de continuer sa route. Le malade ayant repris connaissance regarda sa tumeur, et vit qu'elle avait augmenté considérablement de volume. Il fut alors largement saigné, et quelques jours après, on établit sur la tumeur une forte compression au moyen d'une plaque de plomb appliquée obliquement de bas en haut et de dehors en dedans.

Cette compression n'éteignit point la douleur qu'il avait éprouvée jusqu'alors, mais au contraire la fit irradier vers toute la fosse iliaque et l'hypocondre correspondant. Il fut alors dans l'impossibilité d'étendre la cuisse, car il éprouvait une grande gêne dans les muscles de cette partie ; et toutes les fois qu'il faisait un effort pour l'allonger il ressentait des douleurs très-fortes dans l'endroit de la tumeur, et aussi vers la partie interne de l'abdomen, du même côté. C'est alors que l'on se décida à amener le malade de la ville de Vassouras à Rio-Janeiro, le 28 juillet 1842.

Examen du malade. — Nous avons procédé à l'examen du malade après l'avoir fait coucher sur le dos, de telle sorte qu'il avait les épaules sur un plan plus élevé que celui du bassin; le tronc plus incliné du côté droit que du côté opposé; et le membre abdominal gauche étendu, tandis que le droit était dans une flexion complète sur le bassin. Puis nous avons constaté que la fosse iliaque droite était le siège d'une tumeur, sans coloration de la peau; tumeur qui, passant sous l'arcade crurale, s'étendait du flanc jusqu'à la cuisse. Nous avons remarqué de plus que la tumeur présentait au toucher des battements correspondant à ceux du cœur; battements plus nets et plus sensibles au niveau de l'arcade crurale, où l'oreille percevait aussi le bruit de souffle mieux que dans le reste de la tumeur. Elle était limitée en dedans par le bord externe du muscle grand droit abdominal correspondant. Elle diminuait graduellement de la fosse iliaque, où l'on pouvait mesurer son plus grand diamètre, vers ses extrémités. Elle touchait supérieurement à la crête iliaque, et s'enfonçait au contraire inférieurement dans les tissus de la cuisse, d'une quantité égale à quatre travers de doigt.

Le malade éprouvait parfois dans la fosse iliaque droite des douleurs très-vives, douleurs devenant plus intenses lorsqu'il essayait d'étendre la cuisse, qu'il avait alors dans la flexion forcée. Son état de santé n'était altéré que dans les organes de la digestion et de la circulation. Pour ce qui concerne les organes digestifs, on remarquait une langue chargée d'un enduit pâteux jaunâtre : il y avait aussi

anorexie, constipation, et un pouls petit, lent, mais présentant des pulsations isochrones aux battements du cœur. La prescription fut : *tisane mucilagineuse avec de la manne, diète sévère et repos.*

Cet examen me fit diagnostiquer un anévrisme des artères iliaques externe et primitive ; et j'eus dès lors la conviction que la seule chance de salut pour le malade, qui était sur le point de succomber à ses atroces douleurs, était la ligature de l'artère aorte abdominale.

J'appelai alors MM. les docteurs Pereira de Carvalho et Christovaô qui confirmèrent mon diagnostic. Je les consultai également sur l'opération, et M. Christovaô, qui n'en était pas partisan, m'objecta qu'une telle opération pratiquée sur le vivant n'aurait jamais de bons résultats; mais j'avais ma conviction, et j'étais pour cela d'accord avec bien des chirurgiens; j'y étais en quelque sorte autorisé du reste par les expériences de MM. Béclard, Monro, Calmeil, Goodison, Pinel Grandchamp, Rainy, Key, etc., etc., et surtout par l'exemple de Cooper et de James. Je me déterminai donc à proposer au malade l'opération, en lui représentant néanmoins tous les dangers qui pouvaient en résulter ; mais cet homme qui avait un courage incroyable, s'y est décidé. Je convins alors de la pratiquer le 5 novembre 1842, à deux heures de l'après-midi, sous les yeux d'un grand nombre de professeurs de la Faculté de médecine et de chirurgiens de Rio-Janeiro.

Le procédé opératoire a été le suivant :

Premier temps.

Je fis coucher le malade sur le côté droit, le membre gauche dans une complète extension; et je pratiquai alors une incision oblique étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'extrémité libre de la dernière côte abdominale. Je compris dans cette incision, la peau, le fascia superficialis et un peu du tissu cellulaire. Je divisai ensuite les fibres du muscle grand oblique qui se trouvait à découvert, puis, au moyen d'une sonde cannelée, celles du petit oblique, du transverse, et le fascia transversalis, sans léser le péritoine.

Deuxième temps.

Le premier temps achevé, je fis coucher le malade sur le dos, en lui élevant le bassin et les épaules, de telle sorte que les parois de l'abdomen se trouvaient dans le plus grand relâchement possible. Cela me permit plus facilement l'introduction de la main dans l'intérieur de l'abdomen; puis je séparai, au moyen de l'extrémité des quatre derniers doigts de la main gauche, le péritoine du bord postérieur de la plaie; et je terminai le deuxième temps, en opérant cette même manœuvre dans tout l'espace qui existait entre ce point et l'artère aorte.

Troisième temps.

Un aide placé au côté droit du malade introduisit par la plaie les doigts de sa main droite, ayant la paume de cette main tournée vers le

tube digestif, de telle sorte que, tout en écartant le bord antérieur de la plaie, il contenait aussi les intestins en dedans du sac péritonéal.

Entre le dos de la main de l'aide et le bord postérieur de l'ouverture, j'introduisis un instrument qui portait un fil à ligature rond et triple : j'en guidai la pointe vers mon doigt indicateur gauche, jusqu'à ce qu'il fût arrivé au vaisseau ; puis je la fis passer au-dessus de l'artère en décrivant un cercle, qui commençant à la partie antérieure et gauche du vaisseau, se continuait sous la partie postérieure, puis à droite, et finissait au point où il avait commencé. Cela fait, je saisis, à l'aide d'une pince, l'extrémité du fil que l'instrument avait conduit, et je le retirai de la plaie. Je fis ensuite un nœud simple, et lorsque je vis le cours du sang interrompu, je plaçai un second nœud pour fixer le premier. Je coupai ensuite un des bouts du fil à ligature tout près du nœud, et je plaçai l'autre dans le milieu de la plaie.

Pansement. Après avoir nettoyé soigneusement, avec une éponge fine imbibée d'eau tiède, la surface de la plaie, afin d'enlever tous les caillots sanguins, j'en réunis les bords au moyen de trois points de suture entortillée. Je fis un pansement avec de la charpie, j'appliquai ensuite des compresses et un bandage de corps.

Le tout fut fini à trois heures vingt minutes de l'après-midi.

Phénomènes remarqués chez le malade après l'opération.

La tumeur avait considérablement diminué; on n'y sentait plus de battements; les artères fémorales étaient très-dures et tendues comme des cordes de violon. Les membres inférieurs étaient refroidis; notre malade avait un peu de sueur, de dyspnée, et le pouls était dur, petit, accéléré, mais très-régulier.

Je prescrivis au malade une boisson mucilagineuse, je fis appliquer des boules chaudes sur les côtés du membre affecté, à cause du refroidissement qui allait en augmentant.

Le même jour, à six heures du soir, le refroidissement des membres inférieurs avait disparu, et, chose remarquable, on y sentait plus de chaleur qu'avant l'opération. Le malade demandait à boire.

A huit heures, la soif était plus intense ; la langue qui était sèche présentait une raie rouge qui, partant de la base, allait à la pointe. L'abdomen n'était point sensible à la pression, mais on entendait des borborygmes. La dyspnée était aussi moins prononcée, et le pouls qui était plein marquait quatre-vingt-treize pulsations.

A onze heures, le malade dormait par intervalles d'un sommeil agité, il se réveillait souvent en sursaut, il avait encore soif; mais la raie rouge que nous avions remarquée sur la langue, avait diminué d'intensité.

Journée du 6 août. — A minuit et demi, la soif était moins intense, la langue moins sèche, le pouls marquait quatre-vingt six pulsations.

A deux heures et demie, même état ; quatre-vingts pulsations.

A onze heures, le malade dormait d'un sommeil souvent interrompu.

Il a uriné environ 6 onces d'urine assez rougeâtre ; la soif s'est déclarée plus intense ; le pouls marquait cent huit pulsations.

A huit heures du soir, des douleurs se firent sentir dans l'abdomen, douleurs suivies de nausées.

Journée du 7 août.— A trois heures du matin, le malade a uriné, mais les urines n'étaient pas aussi chargées. Il a dormi par intervalles pendant la nuit. Son état général ne présentait rien de désagréable.

A cinq heures et demie, il est allé à la garde-robe : les matières fécales étaient quant à leur couleur et leur consistance dans leur état normal. Le pouls marquait cent douze pulsations.

A huit heures et demie, la langue était humide, le ventre souple et la soif moins intense. Les conjonctives étaient jaunâtres, et l'état du malade était tel qu'il nous manifesta même le désir d'aller se promener.

A neuf heures du soir, la langue était humide, et couverte d'une couche pâteuse et blanchâtre. Le ventre était souple, mais sensible à la pression, dans tout le côté gauche, entre la ligne blanche et la colonne vertébrale dans le sens horizontal ; et depuis quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic jusqu'à l'arcade crurale dans le sens vertical. Le pouls marquait cent huit pulsations ; et le malade éprouvait, quand il étendait le membre affecté (ce que jusqu'à cette époque il n'avait pu faire), un soulagement très-grand.

8 *août.* — A quatre heures du matin, la soif était assez intense ; on comptait cent huit pulsations. La partie inférieure du côté droit du thorax était douloureuse, et la douleur augmentait par l'inspiration et par la toux ; cependant il n'y avait rien du côté du poumon.

A dix heures, des battements presque imperceptibles ont commencé à se faire sentir, non seulement vers la partie la plus inférieure de la tumeur, à 3 pouces environ au-dessous de l'arcade crurale, mais encore dans les artères crurales, qui étaient, comme nous l'avons fait remarquer, restées dures et tendues après l'opération.

A six heures du soir, le malade a uriné à peu près 12 onces ; l'urine était très-rouge.

A minuit, le malade a accusé des douleurs très-intenses dans tout le côté opéré. La plaie surtout était très-douloureuse, et pourtant les bords, qui étaient à peine en contact, ne se trouvaient point comprimés par les points de suture.

A trois heures du matin de la journée du 9 août, le malade, après avoir dormi tranquillement pendant trois heures, s'est éveillé. Il accusait des douleurs dans le membre affecté. Les battements que nous avions déjà remarqués dans la partie inférieure de la tumeur étaient alors beaucoup plus sensibles ; mais la partie qui correspondait à la fosse iliaque était toujours dure et immobile.

10 *août.*—A dix heures du matin, le malade ne présentait de remarquable que son état de faiblesse qui était très-prononcé. Pour cette raison nous avons prescrit des potages au vin.

11 *août.*—A une heure de l'après midi, la langue se trouvait plus rouge et plus sèche; la soif était aussi plus intense; nous avons alors supprimé les potages au vin que nous avions ordonnés.

12 *août.* — A une heure du soir, nous avons enlevé l'appareil; nous avons trouvé la plaie unie dans toute son étendue, excepté dans le point où se trouvait le fil.

En pressant le côté gauche de l'abdomen qui se trouvait un peu plus élevé que le droit, nous avons donné issue à 2 onces à peu près de pus d'une bonne nature.

13 *août.* — Les battements de la tumeur que nous avions constatés ont tellement diminué qu'ils sont à peine sensibles. Nous avons changé l'appareil qui se trouvait imprégné d'une grande quantité de pus.

14 *août.* — A midi, la suppuration était moins abondante; une hémorragie a eu lieu à deux heures et demie de l'après-midi, par le point occupé par le fil. Le malade a perdu à peu près 2 onces d'un sang rouge se coagulant après sa sortie. Une sueur froide couvrait son corps, les membres inférieurs étaient devenus froids. Le pouls était petit, fréquent, grêle; le malade a commencé à perdre courage. C'est alors que nous avons imbibé l'appareil d'eau froide et que nous avons fait prendre à la partie la plus inférieure du tronc une position plus élevée.

15 *août.* — A trois heures du matin une nouvelle hémorragie a eu lieu; le sang était moins rouge, par conséquent se coagulant moins facilement.

A une heure du soir de la même journée, l'appareil était tout trempé de pus, et de sang coagulé. La physionomie était abattue, le pouls était petit et grêle, la surface du corps était couverte d'une abondante sueur. Le malade avait la bouche sèche, une soif aiguë le tourmentait; la dyspnée et des douleurs très-fortes reparurent dans la fosse iliaque gauche. Nous avons fait mettre aux extrémités supérieures et aux inférieures qui étaient glacées des bouteilles remplies d'eau chaude, afin de les réchauffer. Nous lui avons aussi administré à l'intérieur quelques cuillerées d'une potion antispasmodique.

Dans la même journée, à sept heures du soir, les mêmes phénomènes ont reparu excepté l'hémorragie.

Le ventre était tendu comme un tambour et douloureux dans presque tous les points; le malade, en nous disant qu'il allait bientôt mourir, a été saisi d'un tremblement convulsif.

Le 16 *août*, à deux heures du matin, une nouvelle hémorragie est survenue, accompagnée de vomissements et de hoquets fréquents.

A sept heures, des douleurs très-fortes se sont manifestées dans tout le côté gauche, douleurs augmentées par un effort qu'il fit pour changer de position afin d'avoir du soulagement.

A dix heures une autre hémorragie étant survenue, le malade mourut.

Autopsie, vingt-cinq heures après la mort. On remarquait une rigidité cadavérique plus prononcée dans les membres supérieurs que vers

les autres parties du corps. Le cadavre d'une grande pâleur, était considérablement amaigri; le ventre était ballonné et bombé, le côté crural de la tumeur anévrismale présentait à la peau une plaque bleuâtre. Nous levâmes l'appareil tout imprégné de sang et de pus, et nous rencontrâmes sur le flanc gauche, une plaie oblique qui s'étendait de l'extrémité de la dernière côte abdominale jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il y avait sur les bords de cette ouverture deux cylindres en linge auxquels s'attachaient trois points de suture enchevillée encore en bon état. La cavité crânienne n'offrait de remarquable que la pâleur des tissus. Dans la cavité abdominale, le péritoine présentait une couleur bleuâtre, ainsi que le colon ascendant et le colon tranverse. Le reste de l'appareil digestif ne présentait de remarquable que la rougeur et l'injection. Après avoir écarté les intestins, nous avons examiné attentivement le péritoine qui n'avait point été lésé, mais qui pourtant avait une légère couleur bleuâtre. La face mésentérique du côlon ascendant avait été assez enflammée, et adhérait en partie à la paroi postérieure de l'abdomen. Les lèvres de la plaie étaient cicatrisées, excepté dans l'endroit où passait le fil à ligature. Dans cet endroit, entre la paroi abdominale et le péritoine, nous avons rencontré 2 onces de pus.

En écartant les lèvres de la plaie et en suivant le fil à ligature, nous sommes arrivés à l'aorte, que nous avons trouvée liée à la distance de 4 lignes de sa bifurcation et à 1 pouce environ de la mésentérique inférieure.

Avant d'examiner l'état de la ligature, examinons celui de la tumeur. Le volume en était énorme, elle s'étendait de quatre travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale jusqu'à la face inférieure droite du diaphragme, en passant en arrière du foie.

La tumeur fut ouverte dans son plus grand diamètre; elle contenait cinq à six livres de sang coagulé, dont les couches les plus superficielles présentaient l'apparence de fibres musculaires. Ces caillots enlevés, nous avons remarqué à la paroi antérieure de l'artère fémorale une plaie de 4 lignes d'étendue située à 1 pouce au-dessous de l'arcade fémorale; c'est par cette ouverture que le sang sortait pour aller former la tumeur. Le sang qui sortait par cette ouverture suivait principalement une route ascendante pour aller former la principale tumeur; puis une autre route descendante dans les interstices cellulaires compris entre les muscles de la cuisse et le fémur jusqu'à la partie moyenne de ce membre. Les parois du sac anévrismal étaient formées aux dépens du tissu cellulaire circonvoisin, comme dans les anévrismes faux consécutifs. Vers la partie interne et la plus élevée de la tumeur se trouvaient l'iliaque externe, et la fin de l'artère iliaque primitive. Ces deux artères se trouvaient un peu aplaties, rouges et friables. La ligature, qui ne comprenait que l'aorte, avait plissé cette artère de manière à lui donner l'aspect d'une véritable frange.

L'aorte ouverte longitudinalement, nous avons constaté :

1° Qu'elle était complétement vide de sang au-dessus du point

lié; tandis qu'au-dessous de la ligature, il y avait quelques caillots sanguins, qui à cause de leur petitesse ne pouvaient qu'incomplétement oblitérer le vaisseau;

2° Que les tuniques internes de l'aorte étaient irrégulièrement coupées;

3° Que quelques filaments partaient en divers sens de tous les points de la déchirure de ces tuniques;

4° Que la paroi gauche de l'aorte avait été perforée dans toute l'épaisseur du nœud;

5° Enfin que l'artère aorte avait une teinte rouge jusqu'au point où prend origine l'artère mésentérique supérieure, ainsi que l'iliaque externe dont la couleur rouge était plus foncée.

Devait-on pratiquer la ligature de l'aorte chez le malade dont il vient d'être question?

L'état général du malade n'offrait pas de contre-indication pour opérer la ligature. Nous tâcherons à présent de faire voir seulement qu'il était impossible d'opérer dans la fosse iliaque droite; M. Segond, de Paris, dans un travail récemment publié, présente néanmoins, page 545, quelques inexactitudes quand cet honorable confrère dit que nous avons pratiqué une ligature de l'aorte pour un anévrisme de l'iliaque externe.

Une semblable assertion prouverait que l'auteur aurait omis des faits importants que sans doute il ne connaissait pas, ou bien alors que l'opérateur aurait pratiqué une opération qui n'était point indiquée, par cela même que dans les cas simples de lésions de l'artère iliaque externe la ligature doit être posée sur l'artère même ou bien encore sur l'iliaque primitive, mais jamais sur l'aorte.

Les lésions que nous avons observées sur le cadavre, l'histoire du malade et les symptômes que nous avons vus pendant la vie montrent qu'il existait une tumeur qui remplissait toute la fosse iliaque droite. Nous savons que cette tumeur donnait des battements. Nous avions diagnostiqué un anévrysme de l'artère iliaque externe ou iliaque primitive. En supposant que l'artère se trouvât avec certitude atteinte, devions-nous ouvrir la fosse iliaque correspondante? Pouvions-nous savoir si les artères iliaques externe ou primitive occupaient soit le centre soit la partie inférieure ou supérieure de la tumeur? Devions-nous nous exposer à percer le sac anévrysmal, dont la paroi antérieure se trouvait en parfait contact avec celle de l'abdomen, dans une région où nous n'aurions pas pu nous rendre maître de l'écoulement de sang? En supposant même que nous eussions pu arriver jusqu'aux artères iliaques (chose impossible), nous devions avoir la certitude que ces artères devaient être en proie à l'inflammation que d'habitude on rencontre dans les tissus qui enveloppent un semblable anévrysme; nous ne devions pas par conséquent nous exposer à voir ces artères se couper sous l'action du fil à ligature, avant le temps de l'oblitération de l'artère. Cette artérite nous empêchait donc de poser la ligature sur les iliaques. Convenait-il donc alors, était-il même possible de lier l'aorte par la fosse iliaque

droite, puisqu'il aurait fallu traverser un immense sac plein de sang, et exposer le malade à succomber subitement à une hémorragie foudroyante ?

Voilà les raisons qui nous ont empêché d'opérer par la fosse iliaque droite. La ligature de l'aorte est, je l'avoue, une opération grave et hardie ; mais dans de telles circonstances c'était la seule ressource qui, présente à notre esprit, nous offrît quelques espérances (1).

Note sur un nouveau procédé opératoire *pour la cure de l'anévrisme artérioso-veineux ;* par **M. Malgaigne.**

Tous ceux qui ont pratiqué ou vu pratiquer la double ligature de l'artère blessée dans l'anévrisme artérioso-veineux, ont pu juger des difficultés que présente parfois le procédé opératoire qui oblige à chercher les deux bouts de l'artère au fond de la poche anévrismale, où les veines intéressées versent incessamment une pluie de sang. Aussi a-t-on vu les chirurgiens les plus habiles vaincus par ces difficultés ; obligés de lier ensemble la veine avec l'artère, sans parler d'un cas plus malheureux où le nerf voisin paraît avoir été compris dans la ligature. De là, une source d'accidents graves ; et, lorsque le malade dont il va être question entra dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, une opération pratiquée quelque temps auparavant par mon habile et excellent collègue, M. Nélaton, pour un anévrisme artérioso-veineux siégeant à la jambe, avait déterminé une phlébite mortelle. L'occasion s'étant donc ainsi présentée de faire une semblable opération, et d'affronter les mêmes dangers, je résolus d'étudier avant tout la maladie avec grand soin, afin de voir si je ne pourrais pas améliorer le procédé opératoire.

La simple ligature de l'artère au-dessus de l'anévrisme artérioso-veineux, selon la méthode d'Anel, est aujourd'hui jugée et justement

---

(1) Je ne saurais passer sous silence une douloureuse réflexion que m'a inspirée la lecture de ce Mémoire. En étudiant les exemples alors connus de la ligature de l'aorte (*Journal de Chirurgie*, 1846, p. 47), j'ai fait voir que les anévrismes pour lesquels cette effroyable opération avait été pratiquée appartenaient ou à l'iliaque externe ou même à l'origine de la crurale, en sorte qu'on aurait pu se borner du moins à lier l'iliaque primitive. En voici un nouvel exemple, et l'anévrisme appartient encore à l'artère fémorale !

Un autre enseignement bien important nous est fourni par cette observation. On a appliqué la compression sur cet anévrisme, et on l'a fait dilater et refluer jusqu'au haut de la force iliaque ! J'ai exposé, dans mon cours de médecine opératoire, comment la compression sur un anévrisme spontané est toujours périlleuse, parce qu'elle expose à l'agrandissement du sac par le décollement de la tunique externe ; tandis que ce danger n'existe pas pour les anévrismes suite de plaies artérielles. La réalité de ce danger n'a peut-être jamais été si bien prouvée que dans le cas dont il s'agit. (M.)

condamnée; et il est généralement admis qu'il faut lier les deux bouts de l'artère. Mais est-il nécessaire pour cela d'ouvrir le sac; et ne pourrait-on même attaquer l'artère au-dessus et au-dessous, par deux incisions séparées, en respectant à la fois le sac et les téguments qui le recouvrent? Chez mon malade, les battements de l'artère faciles à sentir au-dessus et au-dessous de l'avévrisme, semblaient inviter à suivre ce procédé, tant l'exécution en paraissait devoir être facile. Je ne sais pas jusqu'à quel point il sera applicable dans d'autres cas, soit que l'anévrisme siége au pli de coude, soit surtout qu'il ait son siége dans des régions plus profondes; seulement, comme je l'ai pratiqué avec une facilité inespérée et avec un succès aussi complet que possible, il me paraît devoir être préféré toutes les fois qu'il ne se présentera pas de contre-indication absolue.

Voici maintenant l'observation recueillie par l'interne du service.

Obs. — Crotes (François), âgé de 42 ans, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 10 juillet 1850, pour un anévrisme variqueux au pli du coude droit.

D'une constitution forte, mais un peu détériorée, cet homme n'avait jamais fait de maladie sérieuse, lorsqu'il y a un an il fut atteint d'un rhume opiniâtre, suite d'un refroidissement, en portant secours dans un incendie. Depuis lors, la toux a toujours persisté; la respiration est devenue plus courte, sans qu'il y ait cependant des indices bien marqués de tubercules.

Vers les premiers jours de mai 1851, se trouvant un peu plus incommodé de son rhume que d'ordinaire, il se fit saigner par un vieux médecin de Lignières. La piqûre fut faite au bras droit, sur la médiane basilique : la douleur fut très-vive; et le malade confesse qu'elle lui fit faire un mouvement brusque de recul. Le sang jaillit abondamment; il se forma un thrombus assez volumineux autour de l'ouverture; et il est assez remarquable que la saignée se termina en bavant.

Tout se passa ensuite comme après une saignée simple. Le lendemain, le médecin jugeant une seconde saignée nécessaire, rouvrit la veine par la même plaie. La saignée coula bien, sans accident; la plaie fut refermée comme la veille; le thrombus persista. Trois jours après, le malade reprit son travail sans s'en occuper davantage. Mais, au bout de cinq ou six jours, il s'aperçut que la petite tumeur, qui était demeurée sous la piqûre de la saignée, augmentait un peu. Elle continua à s'accroître ainsi progressivement pendant quatre ou cinq mois. Il n'en souffrait pas, et n'y remarquait pas de battements. Elle était assez dure et indolente. Au bout de ce temps, elle avait acquis à peu près le volume d'une noix. Alors elle commença à diminuer, en même temps qu'elle devenait moins dure, et que le malade ŷ pouvait remarquer des battements extrêmement forts. Depuis six semaines, enfin, elle est arrivée à l'état où on la trouve maintenant, et où elle est demeurée stationnaire. Du reste, le malade n'en a jamais été beaucoup incommodé, et il a toujours continué son travail comme par le passé.

Etat actuel. — Un peu en dedans de la partie moyenne du pli du coude droit, et au niveau d'une ligne horizontale passant par le sommet de l'épitrochlée, on trouve, sous la veine médiane basilique, et sur le trajet de l'artère, une tumeur soulevant la peau, et qui, à l'œil, paraît avoir le volume d'une petite noisette. Cette tumeur est animée de battements très-manifestes et assez étendus, isochrones à ceux du pouls. En y appliquant le doigt, on sent aisément que ces battements sont des mouvements d'expansion, et non seulement de soulèvement. En compri-

mant un peu fortement avec le doigt, on la déprime et on la fait disparaître complétement.

Le doigt appliqué sur la tumeur y éprouve un frémissement vibratoire extrêmement intense. Ce frémissement se fait sentir sur le trajet des veines : en haut, presque jusqu'au niveau du bord de l'aisselle ; en bas, sur la veine radiale, jusqu'à 11 centimètres au-dessous du pli du coude ; sur la cubitale, à 6 centimètres seulement. Ce frémissement est continu, et diminue d'intensité à mesure qu'il s'éloigne de la tumeur ; il se propage aussi un peu à travers les masses musculaires, de sorte qu'on peut le sentir à travers le biceps, en repoussant celui-ci du doigt un peu vers la tumeur.

Le bras étant abaissé et l'avant-bras étendu, on entend sur la tumeur un souffle avec renforcement extrêmement marqué. Commençant brusquement au moment de la diastole artérielle, chaque renforcement va s'éteignant peu à peu jusqu'au renforcement suivant, avec lequel il se confond. Sur la tumeur, ce souffle a une intensité excessive, et qui fait presque mal à l'oreille.

On l'entend toujours avec les même caractères, mais de moins en moins intense, à mesure qu'on s'éloigne du pli du coude, en haut jusque dans l'aisselle, en bas jusqu'au poignet.

Si l'on ausculte avec le stéthoscope, le bras étant élevé dans une position verticale, le souffle devient intermittent, mais avec un intervalle extrêmement court au niveau de la tumeur, plus marqué sur le trajet des artères à une certaine distance.

Si, pendant que l'on ausculte sur la tumeur, le bras étant abaissé, on comprime l'humérale au-dessus progressivement, le souffle s'affaiblit, devient intermittent, et cesse enfin complétement quand le cours du sang est complétement arrêté dans le vaisseau. Si l'on comprime ensuite la radiale et la cubitale en même temps, de manière à faire cesser complétement leurs pulsations, l'intensité du souffle diminue beaucoup, et il devient intermittent.

Quand on ausculte sur l'humérale, au-dessus de la tumeur, si l'on comprime celle-ci, tout bruit cesse, excepté le battement sourd de l'artère ; mais, si l'on comprime immédiatement au-dessous de la tumeur l'origine de la cubitale et de la radiale, il reste un souffle intermittent qui, par moment, devient sibilant.

Les artères radiale et cubitale battent au poignet avec une force sensiblement égale aux deux avant-bras.

Les veines superficielles du bras et de l'avant-bras droits sont un peu plus prononcées que celles du côté opposé. Si l'on comprime la médiane basilique au point où elle s'abouche avec la médiane céphalique, le cours du sang y est suspendu, et elle demeure complétement vide jusqu'à ce que la compression cesse.

Le membre malade n'est le siége d'aucune douleur. Il n'y a aucune différence dans le volume comparé des deux membres thoraciques. Le pouls, régulier, assez développé, bat quatre-vingt-huit fois par minute. Les battements et les bruits du cœur n'offrent rien d'anormal.

Le 12 juillet, à un second examen, M. Malgaigne constate que, en auscultant la tumeur directement avec l'oreille, le bras étant élevé, on peut encore entendre le souffle continu avec renforcement. Dans cette position, la pression la plus légère suffit pour la rendre intermittente ; aussi est-il impossible de l'entendre continu avec le stéthoscope, dont le pavillon, pour s'appliquer exactement sur la face arrondie du membre, produit toujours nécessairement un certain degré de pression.

Un lien circulaire étant appliqué sur la partie inférieure du bras, comme on le fait pour la saignée, on voit apparaître des battements appréciables à l'œil et sen-

sibles au toucher dans les veines médiane céphalique et médiane basilique, et aussi dans la partie la plus élevée des veines radiale et cubitale ; si l'on comprime alors la veine médiane céphalique, on fait disparaître tout battement dans cette veine et dans la veine radiale. On fait également disparaître les battements de la veine cubitale et de la médiane basilique, quel que soit le point de cette dernière que l'on comprime, tandis qu'ils persistent dans la radiale et la médiane céphalique. La compression exercée au point de réunion des médianes céphalique et basilique suspend toute espèce de battement veineux. Au contraire, celle exercée sur la médiane n'a aucun effet sur eux.

Le 15 juillet, M. Malgaigne procède à l'opération de la façon suivante, avec l'assistance de M. Rigal de (Gaillac).

Assis à côté du lit du malade préalablement chloroformé, il fait immédiatement, au-dessous de la tumeur, une première incision verticale d'environ 2 centimètres 1/2 n'intéressant que la peau ; puis, disséquant avec soin le tissu cellulaire sous-cutané, il écarte la veine médiane basilique qui est rejetée en dedans et maintenue par un aide avec un crochet mousse ; il divise ensuite l'aponévrose antibrachiale sur la sonde cannelée dans la même étendue que la peau ; puis, guidé par les battements de l'artère, et se servant du bec de la sonde pour écarter les fibres du tissu cellulaire, il met à découvert, assez profondément dans la plaie écartée par deux crochets mousses, deux cordons vasculeux, dont l'un est reconnu pour l'artère à ses battements, chargé sur la sonde, isolé avec soin, puis, lié d'un fil simple dont l'un des bouts est coupé près du nœud ; l'autre laissé pendant au dehors de la plaie. Aucun vaisseau n'ayant été entamé, il n'y a eu, pour ainsi dire, aucun écoulement de sang, et quelques coups d'éponge ont suffi pour maintenir la plaie constamment à sec pendant cette première partie de l'opération.

Le chirurgien procéda aussitôt à la seconde ; il fit donc, immédiatement au-dessus de la tumeur, sur le trajet de l'artère humérale, une nouvelle incision de même étendue que la première. Le tissu cellulaire et l'aponévrose furent divisés avec le même soin ; l'artère, reconnue à ses battements, isolée et liée de la même manière. Immédiatement, la tumeur cessa de battre ; les frémissements des veines avaient disparu et les artères radiale et cubitale n'offraient plus aucun battement.

Les deux incisions furent réunies par M. Rigal (de Gaillac), à l'aide de trois points de suture à bandelettes de caoutchouc fixées par des épingles. Le membre fut fixé à angle presque droit sur une attelle coudée, dans la demi-pronation, et posé sur un coussin élevé. Une simple compresse fut jetée pour tout pansement par-dessus la suture. Enfin, on entoura d'une alèze chaude l'avant-bras qui semblait un peu refroidi.

Le soir, le malade souffrait à peine : il ressentait seulement un peu d'engourdissement dans le petit doigt, demeuré toutefois parfaitement sensible aux excitations extérieures. La chaleur était complétement revenue dans l'avant-bras. L'artère radiale battait déjà très-distinctement sous le doigt, quoique plus faiblement qu'avant l'opération ; mais la tumeur n'offrait de battements d'aucune sorte. Le pouls à 64.

Le malade ne dormit pas dans la nuit : assoupi de temps en temps, il était toujours réveillé par des douleurs piquantes et lancinantes siégeant dans les deux plaies. Ces douleurs s'apaisèrent vers le matin ; et, à la visite, on trouva à peine un peu de gonflement au voisinage. Les collatérales du coude offraient des battements très développés. La chaleur générale était assez élevée : le pouls à 60 ; l'appétit assez bon. On enlève à chaque plaie l'épingle médiane.—*Une portion.*

Le malade souffrit encore un peu dans la journée après l'ablation des épingles.

Le soir, il était fort soulagé; cependant, il dormit encore très-peu cette nuit.

Le 17 au matin, il est calme, sans chaleur fébrile, le pouls à 64 régulier. Les deux plaies donnent un peu de suppuration, et celle du haut un peu de sang noirâtre. On enlève les quatre dernières épingles; la réunion a échoué, hormis dans une partie de la plaie inférieure. Les deux plaies sont pansées à plat.—*Lavement laxatif; 2 portions.*

Le 19, la tumeur paraît s'être reformée, moins grosse toutefois qu'auparavant, et dure.

Le 25, le fil de la ligature supérieure paraît détaché; on l'enlève, et l'on constate qu'il a emporté avec lui, dans le nœud, un petit faisceau semblable à du tissu cellulaire mortifié et baigné de pus. L'autre fil tomba le lendemain, et on vérifia qu'il n'avait emporté avec lui absolument aucune partie molle.

Le 28, bien que la cicatrisation ne fût pas complète, le malade se trouvant parfaitement bien demanda à sortir de l'hôpital.

Il vint s'y faire panser les jours suivants. La cicatrisation s'acheva sans aucun accident.

Le 8 août, elle était complète. La tumeur avait entièrement disparu, et le malade n'éprouvait aucune gène dans le membre supérieur, sauf une très-légère roideur des mouvements du coude.

Nous l'avons revu depuis à plusieurs reprises, et tout récemment encore, plus de sept mois après l'opération. Le membre a gardé toute sa vigueur, et il ne reste aucune trace de l'anévrisme.

Je n'insisterai pas sur le mode de développement de l'anévrisme, mais il est bon peut-être de revenir sur le phénomène du bruit de souffle observé dans la tumeur. Au premier examen, comme on l'a vu, l'élévation du bras semblait avoir pour effet de rendre ce bruit intermittent, et le fait était donc tout conforme à ceux qu'a rapportés M. Nélaton (voir *Revue médico-chir.*, t. IX, p. 294); mais une exploration plus attentive a fait voir que l'intermittence était due à la pression exercée, soit par l'oreille, soit par le stéthoscope. Il y a donc là une cause d'erreur contre laquelle il convient d'être prémuni; et pour s'assurer que le bruit devient bien réellement intermittent, il faut l'ausculter en appuyant l'oreille le moins possible.

Je n'aurais rien à ajouter touchant le procédé opératoire, si je n'avais eu à me heurter contre une question de priorité. Comme je montrais mon blessé guéri à plusieurs confrères, l'un d'eux me demanda si déjà Norris, de Philadelphie, n'avait pas pratiqué une opération analogue. L'observation de Norris est rapportée dans la *Gazette médicale*, 1843, p. 319, et a été déjà signalée par les auteurs du *Compendium de chirurgie pratique*. J'aurais voulu consulter la relation originale, à raison de quelques obscurités qui se trouvent dans la traduction; mais je n'ai pu me procurer le numéro du journal américain qui l'a publiée; je reproduirai donc la version de la *Gazette médicale*.

Obs. — Un homme de 42 ans portait depuis un mois une tumeur survenue au pli du bras peu de jours après une saignée. La tumeur avait augmenté lentement, mais elle offrait tous les caractères de l'anévrisme variqueux : développement des veines rampant à sa surface, cessation des battements lorsque l'on comprimait l'ar-

tère au-dessus. Une pression exercée sur la veine la vidait, et on sentait alors une tumeur profondément située entre la veine et l'artère, tumeur pulsatile qui ne s'affaissait que sous un degré plus fort de compression. Le pouls radial était plus faible de ce côté.

La maladie était évidemment un anévrisme faux circonscrit, coexistant avec une varice anévrismale ; l'indication était formelle. Le malade, après avoir essayé sans succès de la compression, se soumit à l'opération qui fut faite en appliquant deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous du sac, sans ouvrir celui-ci. Tout battement cessa aussitôt dans la tumeur.

Le troisième jour, le pouls reparut au poignet.

Le neuvième, le frémissement fut de nouveau perçu dans la veine.

Le onzième jour, le malade fut éveillé par une hémorragie qui se renouvela le même jour, et fut chaque fois arrêtée au moyen de la compression. Le bout supérieur de l'artère paraissant rempli par un caillot consistant, cette circonstance, jointe au retour du frémissement dans la veine, fit penser que l'hémorragie pouvait être due à quelque éraillure de la partie supérieure du sac. On ouvrit, en conséquence, le sac et la veine ; on lia les deux bouts de celle-ci au-dessus et au-dessous, et enfin une dernière ligature fut placée sur un vaisseau qui, vers le fond du sac, projetait du sang artériel.

Le quinzième jour, la ligature du bout inférieur de l'artère se détacha.

Le dix-neuvième, une hémorragie de plusieurs onces apparut et se reproduisit deux fois. Déjà on se préparait à lier l'artère au haut du bras ; mais l'écoulement sanguin ne se répéta pas de nouveau. On se contenta d'introduire dans la plaie de la créosote pure avec un pinceau de poils de chameau. La plaie guérit parfaitement; les ligatures tombèrent, et le malade guérit parfaitement sans autres accidents.

Le rédacteur de la *Gazette médicale* se borne à dire : *Ce fait porte avec lui son explication et ses enseignements*. Cela est très-bref, mais aussi très-peu clair. MM. A. Bérard et Denonvilliers semblent hésiter sur la vraie signification du fait ; de prime abord, ils écrivent :

« La ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la tumeur, *à une certaine distance de celle-ci*, et sans l'ouvrir, n'a pas donné de résultats plus heureux ; c'est ce qu'apprend le fait de M. Norris. »

Mais, plus loin, ils admettent que la ligature a été placée *près du sac*, et ils présument que le retour des battements du sac, dans ce même cas, a été dû à *quelque branche importante ouverte dans l'artère entre les deux ligatures*.

« On voit, en effet, qu'au moment où l'on fut obligé de recourir à l'ancienne méthode et que le sac anévrysmatique eût été incisé, on fut dans la nécessité de lier un vaisseau qui, vers le fond du sac, projetait du sang artériel. Or, comme quelques jours auparavant les bouts supérieur et inférieur de l'artère avaient été liés *près du sac*, il est évident que le sang ne pouvait être rapporté dans le vaisseau que par une artère prenant son origine entre les deux ligatures et anastomosée supérieurement avec d'autres branches artérielles. »

Malheureusement l'auteur, ou du moins le traducteur, ne dit pas à quelle distance précise du sac il a lié les deux bouts du vaisseau ; il ne dit pas non plus si le sac avait été mis à découvert par l'incision extérieure, ce qui est cependant le plus probable, et c'est ainsi que l'ont

entendu les auteurs du *Compendium*. Il faudrait donc rapporter à Norris l'idée première de lier l'artère au-dessus et au-dessous, sans ouvrir le sac ; et j'aurais seulement à revendiquer le procédé de la double ligature par une double incision, le sac demeurant intact et protégé par les téguments.

Mais l'insuccès de Norris soulève une autre question : la ligature sans ouverture du sac n'expose-t-elle pas plus que la méthode ancienne au retour des battements et à l'hémorragie? En d'autres termes, l'ouverture du sac n'est-elle pas ce grand avantage de mettre l'opérateur à même d'oblitérer à la fois tous les vaisseaux aboutissant au sac, et conséquemment toutes les sources de l'hémorragie? Voyons jusqu'à quel point cette idée se serait réalisée dans le fait de Norris, le seul où les battements soient revenus après la double ligature.

Il faut bien admettre d'abord que l'anatomie n'indique aucune branche importante au pli du coude, et que le chirurgien, en ouvrant le sac, n'aurait pu être averti de la présence de la collatérale que par le jet de sang qu'elle aurait versé. Or, le sac ouvert dès le premier jour, aurait-on pu distinguer cette collatérale? Non; puisqu'elle ne donnait pas assez de sang pour communiquer le moindre frémissement à la tumeur. Il est donc infiniment probable, et je n'hésiterais pas à affirmer pour mon compte, que si l'opérateur eût ouvert le sac de prime abord, il n'eût reconnu que les deux bouts de l'artère normale, et se serait arrêté après les avoir liés. C'est seulement le neuvième jour que la veine a été reprise de frémissements; et le onzième, après avoir ouvert le sac, le chirurgien ne s'est encore aperçu de la présence de l'artériole qu'après avoir lié les deux bouts de la veine.

Mais je vais plus loin; l'ouverture du sac, la ligature des deux bouts de l'artère principale, la ligature de l'artériole, tout cela aurait-il mis sûrement à l'abri d'une hémorragie consécutive? Le fait même a déjà répondu; au dix-neuvième jour, il y eut une hémorragie qui même se reproduisit deux fois. Par quelles voies? Allèguera-t-on d'autres collatérales anormales, qui auraient existé dès la première opération? Alors on voit que l'ouverture du sac est insuffisante pour les découvrir; et après tout, mieux vaudrait pour le malade que le retour du sang se fit dans le sac fermé et laissé intact, que dans le sac ouvert, livrant un libre passage à l'hémorragie. On peut tout aussi bien, sans doute, rapporter l'hémorragie du dix-neuvième jour au détachement du caillot du bout inférieur; chose difficile cependant, puisque déjà depuis quatre jours la ligature était tombée.

Au total, il y a dans cette observation de Norris des lacunes qui ne permettent pas d'en bien saisir la valeur réelle; mais comme, après tout, si quelque collatérale importante s'ouvrait dans le sac, on en serait averti par le doigt ou par l'oreille après la ligature des deux bouts de l'artère, et qu'il serait temps alors d'ouvrir le sac pour aller à sa recherche, je pense qu'il sera toujours préférable de commencer par la double ligature selon mon procédé, sans mettre le sac à découvert.

REVUE CRITIQUE.

Médecine.

DU SOUS-NITRATE DE BISMUTH A HAUTES DOSES, *dans le traitement de la dyssenterie;* par M. PELLIEUX.

L'apparition de la dyssenterie sur plusieurs points de la France a engagé M. Pellieux à adresser cette note à l'Académie, sur un traitement dont il vante l'efficacité.

Les guérisons de diarrhée obtenues par le sous-nitrate de bismuth à hautes doses à la méthode de M. Monneret, surtout chez les jeunes enfants, devaient conduire à l'employer contre la dyssenterie, eu égard surtout à l'innocuité de son emploi. Aussi, dès qu'une dyssenterie épidémique se montra dans les environs de Beaugency, M. Pellieux se hâta de l'essayer, et le succès dépassa ses espérances. Il rapporte trois cas de guérison, l'un chez un adulte, les deux autres chez des enfants de un à quatre ans; auparavant il avait eu l'occasion de combattre de la même façon une dyssenterie chronique. Il suffira de reproduire une observation de dyssenterie aiguë et le cas de dyssenterie chronique, pour donner une juste idée de ce traitement.

OBS. I. — « Didier (Désiré), âgé de quatre ans, appartient à une famille très-pauvre. Il est doué d'une bonne et forte constitution, et n'est sujet ni à la diarrhée ni aux indigestions. Le quartier qu'il habite est le seul de Beaugency où se sont montrés quelques cas de dyssenterie, dans le moment même où cette maladie était très-fréquente et même grave dans plusieurs communes des environs; le malade de la quatrième observation, qui était son très-proche voisin, a été atteint quelques jours après lui. Le 12 septembre 1851, il perd l'appétit; la nuit suivante, il rend un grand nombre de selles stercorales, souffre de coliques et a des nausées; le 13, second jour, les selles deviennent glaireuses; le 14, troisième jour, elles sont mêlées de beaucoup de sang; les urines deviennent rares. C'est à cette époque que je vois le malade pour la première fois; du matin au matin, le nombre des selles peut s'élever à vingt-quatre; la fièvre est légère. Je reste en observation jusqu'au 17, sixième jour, me bornant à prescrire la diète et de l'eau de riz, et à conseiller d'éviter d'exposer l'enfant au froid. Le dix-septième jour, n'ayant constaté aucune espèce d'amélioration, je prescris 8 grammes, en quatre prises, de sous-nitrate de bismuth. Après la première prise, les selles cessent pendant six heures; elles reparaissent ensuite, et même avec fréquence et accompagnées de coliques et d'épreintes, mais elles sont stercorales et même consistantes; et, à partir de ce moment, elles conservent ce caractère et ne reprennent plus qu'une ou deux fois, passagèrement, le caractère dyssentérique. Le 18, septième jour, il n'est pas pris de sous-nitrate de bismuth, et le 19, huitième jour, la dose de la surveille est employée, mais avec plus de lenteur; les matières solides, cendrées, noirâtres, entraînent avec elles un ascaride lombricoïde. Le 20, neuvième jour, presque tous les symptômes sont dissipés; l'usage du sous-nitrate est suspendu. Pendant la durée du traitement, le petit malade a montré pour le lait un penchant prononcé qui ne lui est pas naturel; j'ai accédé à ses désirs; il en a été consommé d'un demi-litre à trois quarts de litre par jour. Du 20 au 23, du neuvième au douzième jour, les selles, encore assez nombreuses, recouvrent de plus en plus leur consistance naturelle; les épreintes ne sont pas totalement dissipées; peut-être une chute du rectum, qui a été une conséquence de la

dyssenterie, contribue-t-elle à les entretenir. Du 23 au 25, du douzième au quatorzième jour, les symptômes montrent quelque tendance à reparaître. Le 27, seizième jour, l'usage du lait est suspendu, et 8 grammes de sous-nitrate de bismuth, qui sont consommés en cinq prises et en trente-six heures, mettent brusquement fin à tous les symptômes, qui avaient commencé à s'améliorer deux heures après la première prise; la chute du rectum cesse même avec les épreintes. Malgré la négligence de la mère du petit malade, qui devait faire marcher le traitement beaucoup plus rapidement, le résultat, comme on le voit, est des plus probants. La convalescence n'a rencontré aucune entrave.»

Voici maintenant le cas de dyssenterie chronique.

Obs. II. — « Diard (François), âgé de vingt-sept ans et tailleur de sa profession, entre au dépôt de mendicité du Loiret le 23 avril 1850. Le surlendemain, je le reçois à l'infirmerie. Suivant son rapport, vers le mois de mai 1849, un peu plus d'une année auparavant, il habitait une ville du même département, où régnait, depuis plusieurs mois, une dyssenterie intense et rebelle, mais cependant peu meurtrière. Lui-même en est atteint, et il la garde, tantôt plus, tantôt moins violente, pendant plus d'une année; le nombre des selles, lorsqu'elle était forte, s'élevait quelquefois jusqu'à soixante par jour; dans les meilleurs moments, on n'en comptait guère moins de dix, si ce n'est à intervalles rares et pendant peu de jours, surtout lorsqu'un régime alimentaire sévère était observé. Trois fois pendant le cours de cette année, il entre à l'hôpital de la ville qu'il habitait. La première fois, il y reste une semaine seulement et en sort en voie de guérison; le nombre des selles ne s'élevait plus du moins qu'à une ou deux en vingt-quatre heures. A peine revenu à son régime habituel, il voit les selles reprendre leur fréquence. Un mois après, il entre de nouveau à l'hôpital et y séjourne plusieurs semaines. Le choléra-morbus asiatique, qui y avait pénétré depuis son entrée, y faisait alors d'assez nombreuses victimes. Il quitte l'hôpital conformément à l'avis du médecin, qui craignait que sa dyssenterie ne fût pour lui une fâcheuse prédisposition. Deux ou trois mois plus tard, il revient au même hôpital pour la troisième fois et y reste cinq mois, mais sans aucun fruit. C'est alors qu'il demande à être transporté au dépôt de mendicité du Loiret, où il est amené, le 23 avril 1850, comme je l'ai dit en commençant. Il n'avait, depuis plusieurs jours, que quelques selles en vingt-quatre heures. Pendant la moitié d'une semaine, je me borne à lui faire garder le lit en le tenant à un régime alimentaire léger et salubre. Ces soins n'empêchent pas le nombre des selles d'augmenter de nouveau et de s'élever à dix ou quinze chaque jour; elles se composaient d'un liquide stercoral mêlé à des degrés divers de mucosités et de sang; des coliques se faisaient sentir; le pouls n'avait pas de fréquence. Je prescris alors (le 27 avril) 4 grammes de sous-nitrate de bismuth en deux fois chaque jour. En même temps, je ne permets que des potages. Après neuf jours de ce traitement (le 7 mai), un léger amendement obtenu d'abord restant stationnaire, je double la dose de sous-nitrate de bismuth et je l'élève à 8 grammes. En moins d'une semaine, la guérison, qui avait fait chaque jour quelques nouveaux progrès, était complète. Je continue le traitement une autre semaine en augmentant progressivement la proportion des aliments. Après quinze jours de convalescence a eu lieu une rechute. Les accidents, légers d'abord, prennent, malgré la sévérité du régime alimentaire, de plus en plus d'importance. Une expectation de six jours ayant été inutile, 4 grammes chaque jour de sous-nitrate de bismuth amenèrent de nouveau un amendement très-rapide; en quatre jours, selles et coliques étaient

supprimées. Quatre jours plus tard, en même temps que je cesse le traitement, j'augmente rapidement la quantité des aliments, qui avaient d'abord consisté en simples soupes. A dater de ce moment, la guérison a été solide, et elle ne s'est pas un instant démentie pendant le séjour de dix-huit mois que cet homme a fait depuis au dépôt de mendicité du Loiret, où il est encore et où il a pu supporter, sans aucun inconvénient, le régime alimentaire peu délicat de l'établissement. »

Le succès a été égal d'ailleurs chez tous les sujets traités de cette manière. Les doses de sous-nitrate de bismuth ont été portées, chez les adultes, de 8 grammes à 30 grammes par jour, et, chez les enfants, même fort jeunes, à 4, 8, 12 et même 13 grammes. Ces doses pourraient être portées beaucoup plus haut, jusqu'au double même, si la maladie résistait. Le mode d'administration est fort simple : on peut suspendre le sous-nitrate de bismuth, réduit en poudre très-fine, dans une quantité plus ou moins grande d'une des boissons ; mais il est de beaucoup préférable de l'unir à une potion gommeuse qu'on fait prendre par cuillerées, et dans laquelle la poudre de sous-nitrate de bismuth se tient bien mieux suspendue que dans une simple tisane, où sa tendance à gagner le fond des vases en rend l'administration assez laborieuse. Il n'est pas nécessaire que le régime alimentaire soit très-sévère, à moins d'indications particulières.

DE L'INFLUENCE DE L'ÉTAT PUERPÉRAL *sur la marche et le traitement des maladies intercurrentes ;* par M. GENDRIN.

LE *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* donne sous ce titre quelques idées émises par M. Gendrin à sa clinique, et qui ont assez d'importance pour que les praticiens s'attachent à les vérifier.

C'était à propos d'une jeune fille enceinte de six mois, et affectée, lors de son entrée à l'hôpital, d'une arthrite du genou succédant à de la fièvre et à des douleurs qui depuis trois semaines avaient voyagé des épaules à d'autres articulations et s'étaient enfin fixées sur celle-là. L'arthrite persistante était-elle encore une dépendance de l'état rhumatismal, ou bien n'était-ce plus qu'une affection purement locale ? Dans le doute, M. Gendrin a voulu d'abord s'attaquer à l'élément rhumatismal, et a donné le nitrate de potasse à la dose de 20 grammes. Le cas en lui-même importe peu ; mais voici les réflexions dont il a été l'objet et qui importent davantage.

« La malade dont il s'agit est enceinte. Or, quelque puissante que soit la médication employée, il faut bien savoir que ses effets ne seront pas complets avant l'accouchement, et même avant les six ou sept semaines qui suivront les couches. C'est là, suivant M. Gendrin, une règle qui ne souffre pas d'exception. L'exagération des fonctions vitales propre à l'état puerpéral imprime une plus longue durée à toutes les maladies qui surviennent pendant la grossesse ou immédiatement après l'accouchement. Chez la femme même qui est accouchée de la manière la plus heureuse, dont l'état puerpéral n'est troublé par rien de sérieux, vous constatez jusqu'au retour des règles, de la pâleur, quelque chose de morbide dans l'aspect de la peau, des sueurs erratiques, en un mot une santé mal assise. Or, dans les meilleures conditions, il faut sept semaines pour que l'équilibre des fonctions reprenne son son assiette. Si donc, à plus forte raison, une femme a été malade pendant sa grossesse ou après l'accouchement, il arrivera, quoi qu'on fasse, que cette maladie intercurrente se prolongera pendant toute la durée de l'état physiologique temporaire dont la limite vient d'être indiquée. Il résulte de là que l'on ne devra pas s'étonner de l'opiniâtreté de ces maladies intercurrentes, qu'il faudra l'annoncer comme certaine, et ne pas chercher dans une médication à outrance

une terminaison qui ne sera obtenue qu'à une époque déterminée.

« Conformément à ces principes, M. Gendrin s'est conduit et se conduira avec une grande réserve dans le cas particulier qui lui suggérait ces remarques. S'il y a, disait-il, simple affection rhumatismale, l'arthrite du genou s'améliorera ; mais en raison de l'état de grossesse, il restera des douleurs et des sueurs erratiques. Si l'arthrite inflammatoire locale survit à l'affection rhumatismale, il faudra que la malade garde le repos jusqu'après le rétablissement de la fonction menstruelle. On ne donnera dès lors qu'un certain degré d'énergie au traitement général et local, une modération salutaire devant l'emporter ici sur des pratiques imprudentes qui pourraient interrompre le cours de la gestation sans profit. »

Nous le répétons ; le cas en lui-même importe peu ; mais les vues de M. Gendrin sur le pronostic et sur le traitement des phlegmasies qui éclatent en de pareilles conditions, méritent une attention sérieuse, et nous ne sommes en mesure quant à présent ni de les confirmer ni de les infirmer.

DE L'EMPLOI EXTERNE DE L'IPÉCACUANHA; *par* M. DELIOUX.

Il est un mode ignoré, ou du moins très-généralement méconnu, de l'action si large de ce grand médicament, et dont la thérapeutique peut en certaines circonstances tirer un parti avantageux. Loin de se comporter à l'égard de la peau comme une substance inerte, ainsi qu'on l'a dit souvent, l'ipéca est susceptible d'y développer une inflammation toute spéciale.

En effet, si l'on incorpore sa poudre avec un corps gras, et qu'avec le mélange on frictionne la peau pendant quelques minutes, on ne tarde pas à voir apparaître un exanthème tout à fait caractéristique. Ce sont d'abord de petites élevures papuleuses, d'un rose vif, très-nombreuses, souvent confluentes ; puis bientôt de véritables pustules, toujours de petite dimension, déprimées au centre, ombiliquées, suppurant peu, et se desséchant avec rapidité, sans laisser de cicatrices ; la douleur qu'a causée cette éruption est très-légère ; malgré une ressemblance assez frappante quant à la forme des pustules avec l'inflammation déterminée par l'action locale du tartrate de potasse et d'antimoine, elle en diffère donc notablement sous d'autres rapports.

Je me suis servi particulièrement pour mes expériences à ce sujet de la formule indiquée dans le Traité de pharmacie de M. Soubeiran (3e édition), sous le nom de *liniment de Hannay*, et ainsi conçue :

Poudre d'ipécacuanha..	1 partie.
Huile d'olives.........	1 partie.
Axonge......	2 parties.

La pommade d'ipéca me paraît appelée à rendre à la thérapeutique des services analogues à ceux que l'on obtient de la pommade d'Autenrieth. Ainsi, je l'ai employée, avec les résultats les plus satisfaisants, comme agent révulsif, dans le traitement de laryngites et de bronchites chroniques, et je la crois digne d'être essayée au même titre dans un grand nombre d'autres affections où il y a intérêt à appeler à la peau un travail morbide artificiel. Elle a l'avantage qui n'est pas sans importance, surtout lorsque l'on agit sur des parties habituellement découvertes, de ne point laisser après elle des stigmates indélébiles comme ceux de la pustulation stibiée.

Mais ce n'est pas seulement à l'aide de la friction que l'on peut produire l'exanthème spécifique de l'ipéca ; on le produit également, quoiqu'à un degré plus faible, avec moins de confluence par exemple, en maintenant cette substance appliquée pendant un certain temps à la surface de la peau. Ainsi, en saupoudrant un emplâtre de poix de Bourgogne ou tout simplement de diachylum avec quelques pincées de poudre d'ipéca, on provoque une éruption identiquement conforme à celle dont j'ai tout à l'heure fait connaître les caractères.

En employant l'ipéca à l'extérieur, de deux choses l'une, ou il ne sera qu'un agent de la médication révulsive, ou il suscitera, en même temps que des effets révulsifs, des effets dynamiques liés à l'absorption de quelques-uns de ses principes. Dans le premier cas, le praticien se rappellera que tous les révulsifs ne révulsent point de la même manière, qu'il a maintes fois à s'applaudir de faire un choix intelligent dans leur nombre, et peut-être alors arrivera-t-on à préciser quelques indications relatives à l'opportunité supérieure de l'ipéca ; dans le second cas, on pourrait tenter la chance de modifier certains états organo-pathologiques voisins de la peau, en sollicitant l'absorption cutanée de cet énergique contro-stimulant.

(*Bull. gén. de Thérapeutique.*)

DE L'EMPLOI DU KOUSSO DANS LE TRAITEMENT *des affections vermineuses des enfants;* par le docteur J. HANNON.

Le *kousso*, (*Brayera anthelmintica, Kuntho*) tout nouvellement introduit dans la thérapeutique, fut jusqu'à ce jour employé uniquement contre le tœnia. Quelques doses de ce médicament m'ayant été délivrées par l'un de nos meilleurs pharmaciens, je me mis en mesure d'expérimenter son action sur les entozoaires. Je fis à cet effet une forte infusion de kousso dans l'eau distillée, et je la mis en contact avec toutes les espèces d'entozoaires que je rencontrai dans l'intestin de toutes les grenouilles que je disséquai. Quelques secondes après le contact des animaux parasites et de l'infusion, tous moururent. Cette simple observation me suffit pour conclure que le kousso, sur lequel je ferai du reste une étude plus approfondie, contenait un principe éminemment toxique pour les entozoaires Quel que soit ce principe, il importe qu'il soit isolé ; car au bout de trois ans le kousso perd ses propriétés anthelmintiques.

J'avais en traitement plusieurs enfants atteints d'affections vermineuses; le calomel, le semen-contra et la spigélie n'avaient produit l'expulsion d'aucun entozoaire; je me décidai à recourir au kousso, et cette fois ma médication fut suivie d'un complet succès.

L'un de ces enfants avait le rectum infecté d'une innombrable quantité d'ascarides vermiculaires,—deux lavements, composés chacun d'une infusion d'un gramme de kousso et de trois onces d'eau, suffirent pour obtenir une cure complète. Les démangeaisons cessèrent dès le troisième jour;—un lavement au kousso avait été administré pendant chacun des deux jours précédents.

Chez les deux autres enfants, l'un âgé de 4 ans, l'autre de 5, la présence d'ascarides dans l'intestin occasionnait les perturbations fonctionnelles les plus graves, et le calomel, l'aloës, le semen-contra, la spigélie n'avaient produit aucun changement dans ces affections. Je me décidai à recourir au kousso ; j'administrai un gramme du médicament en infusion dans un quart de litre d'eau ; je fis prendre aux petits malades l'infusion et les fleurs : ils manifestèrent tous deux une sensation fort désagréable dans l'arrière-bouche, suivie d'une soif fort grande, — une sensation de brûlure au rectum devint bientôt après très-manifeste. Deux heures après, tous deux prirent 30 grammes de manne dissoute dans du jus de pruneaux, et deux heures après l'effet purgatif se manifesta ; pendant plusieurs jours les deux enfants lâchèrent des ascarides morts.

Ces essais prouvent, me semble-t-il, que le kousso doit être préféré à tous les vermicides connus. Il n'inspire aucun dégoût aux enfants, et toujours on peut être certain d'arriver au résultat que l'on espère ; je dis toujours, car toutes les fois que j'ai recouru au kousso il a répondu à mon attente.

Pour ce qui concerne le tœnia, je n'en observai qu'un seul cas ; 20 grammes de kousso l'expulsèrent au bout d'un jour.

(*Presse méd. belge.*)

De la diphtérite du gland chez quelques paralytiques ; par le Dr Hérard, *médecin du Bureau central des hôpitaux.*

Nous avons eu l'occasion de rencontrer deux fois la diphtérite dans des circonstances qui ne nous paraissent pas avoir encore été signalées par les auteurs. Les malades qui font le sujet de ces observations étaient tous deux affectés d'une hémorragie cérébrale avec hémiplégie, et dans les deux cas la région du corps sur laquelle se manifestait l'exsudation morbide était l'extrémité du gland au pourtour du méat urinaire. Quoique cette production pseudo-membraneuse n'ait été qu'un épiphénomène sans importance et presque inaperçu au milieu des symptômes graves de l'apoplexie, il nous a semblé que la singularité de son siége, la cause présumée de son développement, donnaient à ces faits quelque intérêt, et étaient peut-être de nature à éclairer l'étiologie de la diphtérite.

Obs. I. — G.... (Georges), 58 ans, facteur, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 10, pour y être traité d'une hémorragie cérébrale récente qui avait déterminé l'hémiplégie du côté droit du corps. Nous constatâmes l'impossibilité absolue de mouvements des membres supérieur et inférieur; une diminution très-notable de la sensibilité de ces mêmes parties; la paralysie du sphincter de l'anus et de la vessie avec incontinence des matières fécales et surtout de l'urine, telle, que le malade était réduit à tenir constamment la verge dans l'urinal en plomb dont se servent habituellement les malades des hôpitaux. Deux mois environ s'étaient écoulés depuis que G.... avait été admis au service de la clinique, et les symptômes de paralysie, loin de s'amender, allaient s'aggravant, quand il se plaignit à nous d'une assez vive douleur qu'il ressentait depuis quelques jours à l'extrémité de la verge. Nous l'examinâmes et nous reconnûmes une production pseudo-membraneuse, de couleur blanc jaunâtre, très-adhérente, développée sur l'extrémité du gland, tout autour du méat urinaire, dans l'étendue d'une pièce de 1 franc environ. Cette plaque couenneuse n'avait été précédée, au dire du malade, d'aucune lésion spéciale du tissu muqueux du gland (plaie, ulcération, écoulement, etc.); jamais il n'avait remarqué rien de semblable en cette région ou ailleurs. Pendant plusieurs jours la fausse membrane diphtérique augmenta en surface; mais bientôt, sous l'influence de quelques soins hygiéniques, et surtout de cautérisations avec le nitrate acide de mercure, la production accidentelle diminua d'étendue, puis disparut complétement. Le malade succomba deux semaines plus tard aux progrès de la paralysie, que l'autopsie nous démontra avoir été produite par une hémorragie cérébrale du lobe gauche du cerveau.

Obs. II. — Dans cette observation, qui offre une grande analogie avec la précédente, il s'agit d'un homme âgé de 65 ans, journalier, couché au n° 15 de la salle Saint-Charles (hôpital de la Charité), également frappé d'hémiplégie du côté droit et présentant les symptômes suivants : paralysie complète du mouvement dans les membres supérieur et inférieur; paralysie incomplète du sentiment dans ces mêmes parties, déviation des traits de la face, langue fortement déviée à droite, perte de la parole avec conservation de l'intelligence, constipation, lenteur et difficulté de l'excrétion urinaire. Le traitement antiphlogistique énergique auquel fut soumis le malade parut d'abord avoir un résultat très-avantageux, et les phénomènes de paralysie diminuèrent notablement; mais bientôt ils reprirent avec une nouvelle intensité, et à la constipation et à la dysurie succéda l'incontinence d'urine et des matières fécales. Un matin, à la visite, le malade accusa une douleur cuisante à l'extrémité du pénis. Nous constatâmes dans cette région, au pourtour de l'urètre, une exsudation particu-

lière, de couleur jaunâtre, très-adhérente à la muqueuse, et qu'il était impossible d'enlever sans déterminer de vives souffrances et l'écoulement d'un peu de sang. Cette exsudation pénétrait dans le méat urinaire, mais ne paraissait pas s'étendre profondément. Les lotions chlorurées, le quinquina furent sans efficacité; les cautérisations avec le nitrate acide de mercure, les soins de propreté, la recommandation faite au malade de tenir la verge éloignée de l'urinal, amenèrent bientôt la guérison de cette production pseudo-membraneuse. La mort survint un mois après.

Réflexions. — On ne saurait, je crois, élever de doutes sur la nature de la lésion que nous avons observée chez ces deux malades. Il n'y a à songer ni à une escarre gangréneuse, ni à une simple concrétion pultacée. C'était bien au contraire la couleur de la diphtérite, sa densité, son adhérence au tissu muqueux sous-jacent, sa marche, son extension en surface, sa facile disparition sous l'influence des caustiques, etc..... Mais quelle était la cause qui avait présidé à son développement? Fallait-il accuser l'affection cérébrale? Cela était peu probable. L'hémorragie du cerveau n'est pas rare, le symptôme hémiplégie moins encore; la diphtérite du gland, dans cette hypothèse, devrait être fréquemment observée, et cependant elle n'a pas été signalée, que je sache, par les auteurs qui ont étudié cette maladie avec tant de soin dans toutes ses conditions de siége, d'origine, etc... D'ailleurs, si les modifications apportées à la myotilité, à la sensibilité, et consécutivement à la circulation du gland avaient été le point de départ tout à fait exceptionnel de cette fausse membrane, il est à présumer qu'elle eût été limitée au côté paralysé, et, comme on l'a vu, l'extrémité du gland était envahie aussi bien à gauche qu'à droite. Nous pensons donc que l'hémiplégie n'est entrée pour rien dans la production de la diphtérite, et qu'il faut recourir à la supposition de causes particulières générales ou locales. Pour ce qui est d'une cause générale, aucune épidémie de diphtérite ne régnait à l'hôpital; la salle affectée à nos malades, le lit qu'ils occupaient n'offraient aucune condition d'insalubrité; et d'ailleurs il eût été difficile d'expliquer pourquoi ce siége bizarre et exclusif de la maladie, aucun autre point du corps n'ayant été atteint. Aussi nous arrivâmes bientôt à cette conclusion que l'influence morbide, quelle qu'elle fût, qui avait amené la diphtérite, avait dû exercer une action topique sur le gland; et lorsque nous apprîmes du malade que la verge était constamment plongée dans l'atmosphère infecte qui s'exhale du vase métallique contenant une urine décomposée, il nous parut inutile de chercher ailleurs l'explication des accidents locaux que nous avions observés.

(*Union médicale.*)

Chirurgie.

REMARQUES SUR UN CAS DE DÉCHIRURE DE L'ŒSOPHAGE *consécutive à des tentatives d'exploration de ce conduit*; par M. SAUCEROTTE.

Tous les traités de médecine opératoire indiquent des moyens nombreux pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage; et, malgré ces moyens, on sait que c'est là fréquemment une opération pleine de difficultés. Mais tandis que les fausses routes d'un autre canal, l'urètre, sont bien étudiées et bien connues, celles de l'œsophage ont été à peu près passées sous silence; c'est ce qui donnera un grand intérêt au fait suivant :

OBS. — La femme M., journalière, âgée d'une cinquantaine d'années, portant un goître volumineux, principalement développé sur les parties latérales de la trachée, et qui lui rendait la respiration

assez difficile, va, le lundi 25 mars, trouver un médecin de la ville qu'elle habite, se plaignant qu'elle a, la veille au soir, avalé un petit os de lapin, en raclant avec un morceau de pain le fond de sa marmite. Elle s'est cependant couchée et a passablement dormi. Cette femme dit avoir la sensation d'un corps étranger qui serait arrêté au milieu du cou. Elle s'agite, se plaint d'étouffer, et paraît en proie à une vive angoisse. Le confrère introduit l'instrument de Graëfe pour l'extraction des corps étrangers. Après plusieurs tentatives inutiles, il appelle un autre médecin qui ne réussit pas mieux à débarrasser la malade de la gêne qu'elle accuse. Les tentatives étant très-douloureuses, on finit par y renoncer, et le même soir la femme M. entre à l'hôpital. La nuit est très-mauvaise. On constate (le lendemain matin seulement) une gêne croissante de la respiration. Le cou a augmenté de volume, et on y perçoit de la crépitation. Le pouls est très-petit, fréquent. Sensation d'étranglement, douleur vive, un peu au-dessus de l'appendice thyroïde. On a donné un peu de lait et de bouillon, et l'on s'est borné à appliquer un sinapisme aux extrémités inférieures, un cataplasme sur sur la poitrine, et à faire prendre une potion calmante. Le lendemain les symptômes sont de plus en plus alarmants ; dyspnée croissante ; crachats mêlés de sang et de pus. Le pouls radial est insensible. Mort dans la nuit.

Autopsie faite le lendemain matin. L'emphysème s'étend sur toute la partie antérieure du cou, descend au-dessus des mamelles et gagne l'aisselle. Le goître, qui s'élève jusqu'à l'angle des mâchoires, est formé de deux parties : l'une constituée par l'hypertrophie des lobes latéraux du corps thyroïde ; l'autre partie supérieure et plus volumineuse résulte de l'agglomération de plusieurs kystes séreux, à parois dures, épaisses, formant après l'écoulement du liquide une coque qui garde sa forme. A droite, l'un de ces kystes a le volume du poing. Les organes de la région sus-hyoïdienne n'ont pas conservé leurs rapports normaux. L'ouverture pharyngienne du larynx ne présente rien de particulier. L'épiglotte et les replis laryngiens sont intacts, mais la trachée est fortement aplatie. L'œsophage présente les altérations suivantes : la paroi postérieure du pharynx est légèrement injectée et bleuâtre. On observe à la hauteur du cartilage cricoïde et sur la partie latérale gauche du conduit œsophagien *une perforation circulaire*, d'environ 10 millimètres. En ce point, l'œsophage forme une sorte de cul-de-sac rempli d'aliments, dont une partie a passé par la perforation et se trouve maintenue par le tissu cellulaire environnant. L'œsophage présente dans toute sa longueur des traces de phlegmasie à la période suppurative, et, à quelques centimètres au-dessus du cardia, une ecchymose semblable à celle qui pourrait résulter de la pression d'un corps dur, et quelques points emphysémateux. Rien de remarquable dans l'estomac. Une vaste suppuration envahit le tissu cellulaire sous-aponévrotique du cou, du côté de la perforation, et s'étend du côté opposé en passant sous l'appareil hyoïdien. En engageant une sonde de caoutchouc par le pharynx dans cette perforation, l'instrument suit un trajet fistuleux suppuré, qui le conduit dans le médiastin postérieur, également envahi par la suppuration, et à peu de distance de la crosse de l'aorte. *Aucune trace de corps étranger.* La plèvre droite offre un léger épanchement, avec des fausses membranes. La même lésion se présente à gauche, mais à un plus faible degré. Caillot fibrineux d'un volume considérable dans le cœur gauche. Poumons crépitants.

M. Saucerotte se pose plusieurs questions. D'abord, la malade avait-elle avalé réellement un corps étranger? Cela lui paraît douteux. Maintenant, à quoi faut-il attribuer la perforation? Est-ce à l'action de l'os poussé par l'instrument? Ce n'est guère admissible. La plaie eût dû

offrir, dans ce cas, des bords plus irrégulièrement déchirés. Et puis, comment supposer que l'instrument ait poussé, sans dévier, ce fragment d'os, de manière à lui faire traverser d'outre en outre ces membranes molles qui cédaient jusqu'à un certain point devant lui ? C'est donc à l'action de l'instrument lui-même qu'il est le plus rationnel d'attribuer la perforation. Les honorables confrères qui ont fait successivement l'introduction affirment bien n'avoir employé aucune violence ; mais on sait que le défaut principal de l'instrument du célèbre chirurgien de Berlin, c'est son peu de flexibilité ; de manière que si l'on ne déprime très-fortement la langue, l'extrémité va s'arc-bouter contre la paroi postérieure du conduit alimentaire, où elle trouve nécessairement la résistance accusée par nos confrères, et qu'ils paraissent avoir attribuée à la présence du corps étranger lui-même. Cet accident a-t-il été favorisé par un commencement d'infiltration ou de ramollissement des membranes sur lesquelles a passé l'instrument? Cela n'a rien que de possible. En ce qui concerne l'existence de la pleurésie, on peut la regarder, soit comme l'une des causes qui ont occasionné la maladie de la femme M. à son point de départ, soit plutôt comme le résultat de la perforation et de l'épanchement qui s'en est suivi.

Enfin, il en tire les deux conclusions suivantes :

1° C'est de ne pas trop se hâter d'admettre, sur le témoignage des malades, la présence d'un corps étranger, et de rechercher si les souffrances qu'ils accusent ne peuvent pas reconnaître une autre cause.

2° C'est d'apporter la plus extrême réserve dans les tentatives que l'on croit devoir faire à ce sujet, même avec les instruments en apparence les plus inoffensifs.

(*Bulletin de Thérapeutique.*)

HERNIE DU PÉRICARDE ; *ablation de la portion herniée ; guérison rapide ;* par M. le Dr Hjorth, *de Smyrne.*

Un pareil titre suscitera à coup sûr l'étonnement et la curiosité des chirurgiens, et probablement aussi, du même coup, leur incrédulité. Le journal à qui nous empruntons le fait paraît pourtant admettre l'exactitude du diagnostic ; pour nous il est évident, au contraire, que l'auteur n'a eu affaire qu'à un kyste séreux, comme il l'avait présumé d'abord, seulement d'une origine plus profonde ; et l'observation ainsi comprise perd beaucoup de son merveilleux. Nous mettrons d'ailleurs nos lecteurs à même d'en juger.

Obs. — « Dans l'automne de l'an 1845, dit M. Hjorth, un paysan russe me fut présenté, âgé de 28 ans, grand, fort et bien conformé, qui, après avoir toujours joui d'une bonne santé, avait vu se former peu à peu, dans l'espace de deux ans, et sans aucune cause appréciable, sur la partie antérieure gauche de la poitrine, une petite tumeur qui lui causait seulement de temps en temps quelques légères douleurs. A l'examen, je constatai, à un pouce de distance du côté gauche du sternum, dans l'intervalle de la troisième et de la quatrième côte, une tumeur grosse comme un œuf de poule, élastique, avec une fluctuation, sans changement de couleur à la peau, transparente, peu douloureuse, même par une assez forte pression. Etant située évidemment au-dessous du muscle grand pectoral, elle paraissait s'aplatir par la tension de ce muscle, comme aussi par une assez forte compression ; sa mobilité était obscure ; il me semblait pourtant que je pouvais la déplacer un peu ; les mouvements du bras étaient un peu gênés, et causaient quelques douleurs dans la tumeur. L'auscultation m'apprit que les poumons et le cœur étaient dans l'état normal, comme aussi le malade ne ressentait aucun symptôme morbide du côté de ces organes, non plus que de ceux de la digestion ; pas de fièvre.

Ayant diagnostiqué une tumeur *cystique* située au-dessous du muscle grand pectoral, je me décidai, un peu légèrement sans doute, à l'enlever. Je divisai donc par une incision cruciale d'abord les téguments; mais, cherchant à en faire autant avec le muscle pectoral, je trouvai ses couches profondes tellement confondues avec la paroi de la tumeur, qu'il me fallut, pour la mettre à nu, la disséquer avec soin jusqu'aux côtes. Je vis alors la tumeur s'élever de l'intervalle des troisième et quatrième côtes comme une poire. Ayant employé d'abord en vain le manche du scalpel pour séparer le pédicule, je continuai à disséquer avec l'instrument tranchant, quand tout d'un coup il se fit une ouverture qui donna issue à trois ou quatre onces d'un fluide jaune, gluant, séreux; la paroi de la tumeur s'étant à l'instant affaissée, je l'enlevai rapidement en entier, et je vis alors au fond une ouverture circulaire admettant mon indicateur, à l'aide duquel je pénétrai dans la cavité de la poitrine, et je sentis manifestement le cœur battant.

« Je m'aperçus incontinent que j'avais ouvert la cavité du péricarde.

« Je m'empressai de fermer la plaie, laissant seulement une mèche de charpie entre les lèvres pour faciliter l'écoulement des sécrétions. Le résultat surpassa toutes mes espérances. Après avoir combattu une assez forte fièvre par un régime légèrement antiphlogistique, je vis l'état de mon malade s'améliorer de jour en jour. Le fond de la plaie était déjà fermé le cinquième jour, et tout le reste trois ou quatre semaines après. Je fus seulement obligé de débrider quelques fibres musculaires qui entretenaient un clapier.

« J'ai revu le malade, parfaitement guéri, dix mois après, sans avoir gardé aucune infirmité à la suite de cette maladie. »

(*Gazette des Hôpitaux.*)

LUXATION EN AVANT DE LA PREMIÈRE PHALANGE DU POUCE; *par* M. LENOIR.

Les luxations de la première phalange du pouce sont extrêmement rares; M. Nélaton n'en a rencontré que quatre cas dans les annales de la science; et dans la Société de Chirurgie à laquelle M. Lenoir a communiqué le cas suivant, personne n'a pris la parole pour dire qu'il en eût observé quelque autre exemple. Nous reproduisons le récit de M. Lenoir.

OBS. — Louis C...., âgé de 13 ans, peu développé pour son âge, mais bien portant du reste, a été conduit à l'hôpital Necker le 2 février 1852; il portait au pouce gauche une difformité, sur laquelle il nous donne les détails suivants:

Le 25 décembre dernier, il traversait un pont en tenant dans sa main gauche un sou. Eloigné un instant de son père avec qui il était, et voulant le rejoindre, il fit un faux pas et tomba en avant. Il serrait alors cette pièce de monnaie entre la paume de sa main et la face palmaire de son pouce, dont la seconde phalange était fortement fléchie sur la première. C'est dans cette position que sa main gauche rencontra le plancher du pont; il est dès lors facile de comprendre que tout le poids de son corps porta sur la face dorsale de son pouce fléchi, et que ce poids dut être augmenté par la vitesse de la course à laquelle il se livrait alors. Ce fut seulement en se relevant qu'il s'aperçut de l'accident qui lui était arrivé; car pendant sa chute il n'avait entendu aucun craquement et n'avait ressenti que peu de douleur. Conduit immédiatement chez un pharmacien voisin, on lui appliqua sur la main un cataplasme de grande consoude.

Quelle forme avait alors son pouce? Nous l'ignorons; mais voici ce que nous constatâmes le 2 février, c'est-à-dire trente-huit jours après l'accident, époque à laquelle il nous fut présenté par le docteur Thayer, médecin à Saint-Cloud.

A la face dorsale du pouce gauche il

existe une assez forte saillie formée par la tête du premier métacarpien. Cette saillie semble plus proéminente en dehors qu'en dedans ; ce qui augmente un peu le diamètre transverse de cette tête. Du côté de la face palmaire il existe une autre saillie placée un peu au-dessus de la précédente, et formée, comme celle-ci, par la base de la première phalange de ce doigt. Quoique non fléchi, le pouce entier, par suite de ce déplacement, est sensiblement raccourci ; et de plus il a subi un mouvement de rotation sur son axe, qui a amené la pulpe de sa dernière phalange directement en face du côté externe de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Il n'y a pas de mouvements possibles, ou du moins ceux qu'on veut communiquer sont très-douloureux. Du reste, il n'existe plus de gonflement ni de traces de contusion sur ce doigt. Il était facile de reconnaître, dans ce cas, une *luxation en avant* de la première phalange du pouce. Je cherchai immédiatement à en opérer la réduction. A cet effet, je saisis la première phalange du pouce entre les deux mors de la pince à fourche inventée il y a quelques années par M. Lüer, pinces dont vous connaissez tous les avantages, si vous avez réduit avec elles des luxations de doigts ou d'orteils. Après avoir fait immobiliser par un aide le premier métacarpien, j'exerçai sur cette phalange des tractions directes en avant, en même temps qu'avec le pouce de mon autre main je poussais sa base dans le même sens. Cette tentative n'eut aucun succès. J'eus alors l'idée d'exagérer la flexion de cette même phalange sur le métacarpien, et d'amener la base du premier de ces os au niveau de la tête du second. Puis, quand, à l'aide de tractions ménagées faites avec les pinces, je crus avoir mis les parties articulaires de ces os en contact, je redressai vivement la phalange, et, par un mouvement de traction continué et combiné avec un mouvement de torsion en dedans, je donnai au pouce sa longueur et sa direction normales. La réduction fut ainsi obtenue, et j'ajoute sans douleur, car l'enfant avait préalablement été rendu insensible par l'inspiration de quelques gouttes de chloroforme. Cette dernière manœuvre de réduction m'avait été suggérée par ce que m'avait appris la dissection d'une main sur laquelle j'avais produit à la hâte quelques instants auparavant une pareille luxation, et qui m'avait montré que l'obstacle le plus grand à la réduction de la première phalange venait du tendon du long fléchisseur propre du pouce, soulevé par la phalange déplacée, et par conséquent mis dans un état de tension. Or, dans la flexion du pouce sur son métacarpien, cet obstacle disparaît, de même que celui que peut produire en même temps la rigidité des muscles court fléchisseur et court abducteur du pouce.

Les suites de cette réduction furent très-simples. Je maintins la phalange en place avec deux petites attelles de carton soutenues par une bandelette de diachylon, et je m'opposai ainsi à un déplacement consécutif qui était très-facile. Vous avez vu le malade huit jours après cette réduction, et il ne restait qu'un peu de gonflement au côté externe de son métacarpien.

Obstétrique.

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'APPLICATION DU FORCEPS AU DÉTROIT SUPÉRIEUR, *par* M. F. HATIN.

Nous sommes obligés de revenir sur le procédé que M. F. Hatin a proposé pour l'application du forceps au détroit supérieur. L'auteur ne croyait pas sans doute faire si grand bruit, et il se serait contenté modestement de l'approbation de la commission académique. Mais des contestations se sont élevées de tous côtés, et ont donné à la chose une tournure tout à fait sérieuse.

En quoi consiste le procédé de M. F.

Hatin? A introduire l'une ou l'autre main tout entière dans l'utérus le plus haut possible, et à guider sur cette main les deux branches du forceps ou du céphalotribe que l'autre main doit introduire. Ainsi la main gauche, par exemple, ayant servi à placer la première cuiller du forceps, on la retire un peu pour lui faire contourner la concavité du sacrum, en tournant l'avant-bras dans la supination, et on lui fait servir de guide à d'autre branche. Dès lors, chaque cuiller glissant sur le poignet, puis de là dans la main de l'opérateur, ne peut ni se fourvoyer dans le cul de sac du vagin ni heurter aucune des parties de la mère. Il n'est plus besoin d'introduire les deux mains; on peut à volonté se servir de l'une ou de l'autre; et enfin, selon l'auteur et selon la commission, ce procédé, déjà remarquable par sa simplicité et sa sécurité, le serait encore par sa facilité et sa promptitude.

M. F. Hatin citait à l'appui neuf observations; M. Chailly Honoré, qui a adopté ce procédé depuis 1845, en possédait quatorze autres; M. Devilliers, l'un des compétiteurs de M. Hatin, disait également avoir essayé ce procédé avec succès. C'est précisément après un nombre aussi considérable d'observations, que M. P. Dubois, sans avoir essayé le procédé, l'a déclaré dangereux, difficile, presque impossible. Assurément l'autorité de M. P. Dubois est grande, mais pas assez pour anéantir les faits. Et comme pour lui montrer tout le péril de ces assertions *à priori*, M. Danyau est venu ajouter qu'il avait appliqué ce procédé trois fois, en pénétrant de préférence avec la main droite, et qu'il l'avait trouvé *très-exécutable* et n'offrant *aucune difficulté* particulière. Bien entendu, M. Dubois ne s'est pas rendu; il a répété que le procédé *devait* être très-difficile, et de peur de se trouver ébranlé dans ses convictions, il a déclaré qu'il ne l'essayerait pas.

M. Gerdy a fait remarquer justement que de telles façons de juger et d'agir n'étaient pas précisément scientifiques. Mais en dehors du débat académique d'autres documents se sont produits qui ne contrarient pas peu la condamnation portée par M. P. Dubois.

D'abord M. Stoltz, de Strasbourg, a adressé à la *Gazette médicale* une lettre où il rappelle que Flamant avait proposé la même manœuvre, il y a plus de 40 ans, à la vérité *exceptionnellement*. Ainsi, à la page 49 de son Mémoire pratique sur le forceps, publié en 1816, il dit :

« Si, au contraire, elle (la tête) est libre au-dessus du détroit supérieur, et si on retire la main qui a servi à diriger la première branche pour lui confier la seconde, la tête peut rouler sous l'instrument, et on ne la tient plus par son diamètre transversal. Il est nécessaire, dans ce cas, d'introduire *toute la main entre la tête et l'utérus*, pour donner un point d'appui plus ferme au forceps, porter la tête en devant pour la rendre immobile, et placer plus sûrement la seconde branche. Il est arrivé, lorsqu'un aide peu attentif ou mal exercé laissait glisser la première branche, et qu'on était obligé de réintroduire la main pour la replacer, *que cette même main* a servi à diriger la seconde branche, comme on le prouvera dans la suite par deux observations qui constatent le succès de ce procédé nouveau. »

Dans ces lignes, poursuit M. Stoltz, l'introduction entière de la main dans la matrice est donc positivement conseillée, et déjà Flamant dit que la même main peut servir à diriger la seconde branche. Dans la description du manuel opératoire, quand on veut appliquer le forceps, l'occiput étant dirigé en avant et à gauche (p. 54), il est bien plus explicite encore en ce qui concerne l'introduction de la main entière dans l'utérus.

Quant à la possibilité d'introduire et de guider les deux branches du forceps avec la même main, il l'a démontrée pratiquement sur une fille de dix-neuf ans dont le travail avait été très-long et très-douloureux (p. 109).

« En introduisant la main droite dans l'utérus (y est-il dit), la tête a remonté facilement au-dessus du détroit abdominal. J'ai conduit la branche mâle du forceps avec la main gauche entre la tête du fœtus et la paume de la main droite qui tenait la cuiller fixée sur le côté gauche de la tête, et j'ai confié le crochet à un aide. J'ai prévenu ensuite les étudiants, au nombre de quarante environ, *que j'allais introduire les deux branches avec la même main; j'ai voulu fixer leur attention sur ce procédé nouveau, que je n'avais vu ni proposé ni décrit nulle part.* A cet effet, j'ai dépassé en dessous le bord convexe de la cuiller de la branche mâle avec le petit doigt et l'indicateur de la main droite, qui m'ont servi à pousser entre l'angle sacro-vertébral et la face du fœtus la branche femelle que j'ai introduite avec la main gauche, et que j'ai fait passer entre la tête et l'utérus jusqu'à la partie interne de la cavité cotyloïde droite, etc. »

Ce n'était même pas la première fois que Flamant agissait ainsi, l'obs. 18 (p. 94) en fournit la preuve. « Après avoir introduit la branche mâle, dit-il dans cette observation, pour réduire à la première position, je la confie à un aide, qui la laisse glisser par-dessus l'occiput, pendant que je préparais la branche femelle. Je réintroduis la main droite pour replacer la branche mâle au-dessous de l'occiput sur le côté gauche de la tête, où je la fixe avec les trois premiers doigts : *Les deux derniers doigts de cette même main me servent à faire passer sur la face la branche femelle conduite de la main gauche,* pour la placer sur le côté droit de la tête. »

Dans les deux cas, l'extraction a été faite avec succès pour les enfants et pour les mères.

Enfin, à la p. 115, Flamant revient une dernière fois à la possibilité, et *même la facilité,* ajoute-t-il, d'introduire les deux branches de l'instrument avec la même main, et de les diriger convenablement avec celle qui se trouve entre l'utérus et la tête du fœtus. On peut donc conseiller ce procédé, dit Flamant, *afin de rendre l'opération plus prompte,* et d'éviter à la femme des douleurs causée par l'introduction d'une autre main.

Il résulte très-clairement de ces citations que le principe qui a dirigé M. F. Hatin avait été trouvé et appliqué par Flamant ; M. F. Hatin l'a reconnu lui-même. Mais d'abord le procédé est-il le même ? M. Stoltz dit *oui,* lorsqu'il s'agit d'enlever la priorité à l'accoucheur de Paris ; et il conclut en propres termes que: *le procédé de M. F. Hatin a été décrit il y a près de 40 ans par Flamant.* Mais il dit *non* aussitôt qu'il les compare, et bien entendu pour donner le désavantage au procédé nouveau ; et il estime que le procédé de Flamant *est beaucoup plus avantageux, moins douloureux et plus sûr* que celui de M. Hatin.

La logique de MM. les accoucheurs ne brille pas d'un bien vif éclat dans cette affaire ; et il est vraiment difficile que le procédé de M. Hatin soit le même et soit en même temps plus mauvais que celui de Flamant. Mais que dire d'une autre conclusion de M. Stoltz, qui affirme que *cette pratique ne peut réussir qu'entre les mains d'hommes parfaitement habitués à manier le forceps,* et *qu'elle ne mérite nullement les encouragements d'une société d'académiciens, avant qu'elle n'ait été expérimentée, et trouvée avantageuse par un certain nombre d'accoucheurs habiles!* Voyez un peu ; M. Stoltz ne veut pas qu'on juge cette pratique avant de l'avoir expérimentée, et il la juge, lui, sans l'avoir expérimentée. Il pense qu'il ne faut *nullement* l'encourager, et il en appelle à une expérimentation future. Et quand elle aura été trouvée avantageuse, il concède qu'elle pourra mériter des encouragements. Nous cherchons vainement à saisir l'idée exacte et précise du critique à travers tous ces tâtonnements.

Cependant, il n'en reste pas moins acquis que Flamant, qui l'avait essayée, trouvait cette méthode *plus facile* et *plus*

prompte. On peut disputer sur les deux procédés ; mais pour la méthode, voilà un nouveau et important témoignage qui s'ajoute à ceux que nous avons déjà cités.

Est-ce tout ? Non, en vérité ; M. Godefroy, professeur d'accouchements à Rennes, revendique à son tour, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, la priorité du procédé de M. F. Hatin pour J. Hatin son frère aîné, qui écrivait en 1827, dans la première édition de son traité d'accouchements :

« Dans tous les cas où la tête est placée diagonalement, il faut introduire les deux branches du forceps de la même main, soit au détroit inférieur, soit au détroit supérieur ; dans ce dernier cas, on introduit la main plus profondément, voilà toute la différence. » Dans son cours de manœuvres, ajoute M. Godefroy, il nous faisait introduire la main tout entière, et même un peu de l'avant-bras, lorsque nous opérions au détroit supérieur.

D'après Jules Hatin, on n'est pas libre de se servir indifféremment de l'une ou de l'autre main. Il donne le précepte d'introduire toujours en premier lieu la branche supérieure, comme étant la plus difficile; il dit : « Toutes les fois que l'occiput ou le front correspondent à la cavité cotyloïde gauche, l'on introduit en premier lieu la branche droite de la main droite, et en deuxième lieu la branche gauche aussi de la main droite, etc. »

« Si l'occiput répond directement à droite ou à gauche du bassin, on se comporte absolument comme s'il répondait à la cavité cotyloïde de ce côté. »

Cette fois la réclamation est justement fondée: et déjà le rapporteur de l'Académie y avait fait droit, en ajoutant toutefois que si J. Hatin avait indiqué le procédé, M. F. Hatin l'avait mis le premier en pratique. Il y a encore ces petites différences qui n'affectent pas essentiellement la manœuvre, que M. F. Hatin agit de même dans toutes les positions, diagonales et autres, et qu'il se sert indifféremment de l'une ou de l'autre main.

Mais tout ceci accordé, que valent enfin ces procédés ? Voici ce qu'en dit à son tour M. Godefroy :

« Cette méthode n'est point restée une théorie ; *je l'ai mise en pratique bon nombre de fois depuis* 1828, et les élèves de l'Ecole de médecine de Rennes que j'exerce à cette manœuvre dans le cours théorique, et qui m'ont vu la pratiquer avec succès à la Clinique, *y ont recours et s'en félicitent.* »

M. Godefroy déclare qu'elle est *moins douloureuse* et *moins dangereuse* que l'ancienne, et *qu'on doit la préférer.* Il paraît donc que tous les accoucheurs qui l'ont appliquée la trouvent pour le moins facile, et que la plupart lui ont reconnu des avantages ; il n'y aurait que les accoucheurs qui ne l'ont pas essayée, qui ne veulent pas l'essayer, qui la jugent difficile et mauvaise. Dès lors le procès est aisé à juger.

Pharmacologie.

OBSERVATIONS SUR LE BAUME DE COPAHU ; *par* WILLIAM PROCTER.

On sait que le baume de copahu, dans son état naturel, lorsqu'il n'a été l'objet d'aucune sophistication ni d'aucune altération, est formé exclusivement de deux principes : une huile volatile, douée d'une odeur particulière, ayant pour formule $C^{10}H^{8}$, et une résine acide, appelée acide copahivique, dont la formule est $C^{10}H^{8}O$.

Quoique ces deux principes soient à peu près les seuls qui existent dans le baume de copahu naturel, ils sont loin de s'y retrouver toujours en même proportion, et on peut dire, à cet égard, que

le commerce offre peu de substances d'une composition plus variable. Les analyses faites jusqu'ici par des chimistes éminents sur des baumes d'une origine connue et d'une pureté incontestable, ont montré que l'huile volatile pouvait varier en proportion, depuis 31 jusqu'à 60 et même 70 p. 100 : celles que vient de faire M. Procter sur divers échantillons obtenus à différentes époques sur le marché de Philadelphie, montrent que cette proportion peut s'étendre encore au delà.

En réunissant les nouveaux résultats de M. Procter à ceux de MM. Stolze, Gerber, Durand, Guibourt et Whipple, on obtient les chiffres suivants qui expriment, en centièmes, les diverses quantités d'huile volatile trouvées dans chaque baume analysé :

31.34.35.38.41.45.48.50.65.66.70.80,

les chiffres complémentaires exprimant les proportions de résine correspondantes.

On ne peut jeter les yeux sur un semblable tableau, sans être frappé des variations énormes qu'il présente, et sans songer tout d'abord aux conséquences qui peuvent en résulter au point de vue médical. Il est évident que si l'huile volatile et la résine avaient la même action thérapeutique, il n'y aurait pas lieu à se préoccuper des variations qui existent dans leurs proportions relatives. Mais les données qu'on possède sur la valeur comparée de ces deux principes, sont encore trop vagues et trop incertaines pour qu'on puisse rien dire à cet égard.

Les observations de ceux qui ont écrit sur la thérapeutique du baume de copahu, montrent qu'il doit à peu près toute son efficacité à l'huile volatile qu'il renferme, tandis qu'un vieil usage, fondé sans doute aussi sur l'expérience, regarde comme le plus convenable pour la médecine, celui qui se solidifie le mieux par la magnésie et, par conséquent, qui contient le plus de résine.

En outre, la chimie enseigne qu'entre l'huile volatile et la résine il n'y a d'autre différence de composition que celle qui dérive de l'oxygène absorbé. Mais il reste à décider si cette absorption d'oxygène constitue une altération de l'essence ou une élaboration spéciale; si elle lui fait perdre ses qualités primordiales, ou si elle lui en communique de nouvelles. D'un côté comme de l'autre, on ne sait rien de précis, et le raisonnement n'apprend rien de plus que l'expérience.

Dans son remarquable travail, M. Procter a laissé aux thérapeutistes le soin de résoudre cette importante question; mais il a voulu, du moins, remonter aux causes des variations observées, et avoir la raison des énormes différences signalées par l'analyse. Les recherches minutieuses qu'il a faites à ce sujet, et les détails qu'il donne sur les diverses espèces de copahifera, sur l'extraction du baume et sur sa conservation, sont dignes du plus haut intérêt.

C'est un fait aujourd'hui bien reconnu que le suc des arbres à copahu devient plus résineux à mesure que ceux-ci deviennent plus âgés : c'est la conséquence nécessaire du procédé d'oxydation auquel l'huile volatile est soumise, et qui fait que, d'année en année, sa quantité diminue, contrairement à la résine dont la quantité augmente progressivement et proportionnellement. Les collecteurs de copahu ont toujours regardé cette transformation de l'huile essentielle comme nécessaire à ses propriétés médicales ; car, dans leur opinion, les arbres ne deviennent propres à être exploités qu'après avoir atteint un certain âge. C'est, en effet, la pratique qu'ils ont eu soin d'observer jusque dans ces derniers temps, où l'emploi toujours croissant du baume de copahu les a forcés de s'attaquer à des arbres de plus en plus jeunes : alors seulement se présentèrent ces variations excessives dans la composition du baume; alors seulement l'analyse chimique put y signaler des proportions d'huile volatile de plus en plus considérables. Quoi qu'il en soit, cet usage, longtemps pratiqué dans la récolte du baume de copahu, semble donner raison

à la seconde hypothèse présentée plus haut, et tend à faire croire que la résine est plus active que l'essence. Mais ici il y a une distinction importante à établir: on sait que la résine de copahu est formée elle-même de deux substances différentes, l'une fortement acide, rougissant le tournesol, et appelée pour cette raison *acide copahivique* proprement dit; l'autre neutre, incapable de s'unir aux bases, et appelée, en raison de sa consistance, *résine molle de copahu*.

Or voici le fait important découvert par M. Procter, et constaté par l'expérience. Toutes les fois qu'on soumet l'huile volatile de copahu à un procédé d'oxygénation artificiel, elle se transforme en résine molle et non en acide copahivique. En vain cherche-t-on à combiner cette résine à la magnésie, on n'y parvient jamais, alors même qu'on emploie de fortes proportions de cette base, et qu'on prolonge le contact des journées entières. La chaleur elle-même est impuissante à déterminer la combinaison, et le faible accroissement de consistance qu'on obtient par son moyen n'a d'autre cause que la perte d'une certaine quantité d'huile volatile qui se dissipe par évaporation. Cependant l'acide copahivique, comme la résine molle, a pour formule $C^{10}H^{8}O$, c'est-à-dire que sa composition se représente également par de l'essence et de l'oxygène; mais il a été impossible jusqu'ici de le produire chimiquement, et la nature paraît s'être réservé le secret de sa formation.

C'est là, sans doute, un point fort important de l'histoire du baume de copahu. On comprend que si l'huile volatile ne se transforme en acide copahivique que sous l'influence des forces végétatives, il y a de fortes raisons pour croire que lui seul constitue le produit de l'élaboration de l'essence, tandis que la résine molle qui prend naissance en dehors de ces forces, peut être considérée, à bon droit, comme le produit de son altération. A ce point de vue, la présence de l'acide copahivique dans le baume de copahu serait le signe de ses bonnes qualités, comme celle de la résine molle serait le signe de son altération, et il faudrait l'estimer d'autant meilleur qu'il renferme plus de la première substance, d'autant plus altéré qu'il contient davantage de la seconde.

Ce n'est pas tout encore; il résulte des expériences faites par M. Procter que la consistance d'un baume de copahu pur ne dit rien relativement à la proportion d'acide copahivique qu'il renferme. L'huile essentielle, en s'oxygénant à l'air, c'est-à-dire en se transformant en résine molle, prend une consistance très-épaisse, plus épaisse même que celle qu'elle acquiert par sa transformation en acide copahivique. Il est donc possible de donner à un baume de copahu, presque exclusivement formé d'huile essentielle, l'apparence d'un baume très-riche en acide copahivique, en l'exposant simplement à l'air qui transforme une partie de cette huile en résine molle, et lui donne ainsi la consistance requise. Le commerce a déjà beaucoup offert et offrira sans doute encore beaucoup d'exemples d'un semblable copahu. Mais il est visible qu'on ne peut l'accepter pour les usages médicaux, car il renferme trop peu d'acide copahivique et trop de résine molle; car il doit sa consistance à une altération de l'huile volatile, au lieu de la devoir au produit de son élaboration.

(*Journ. de Pharmacie.*)

BULLETIN CLINIQUE.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. BARRIER, CHIRURGIEN EN CHEF.

FRACTURE DE LA DEUXIÈME VERTÈBRE DORSALE PAR CAUSE INDIRECTE; *avec des réflexions*, par M. PHÉLIPEAUX.

OBS. — Marie Batière, âgée de 25 ans, fut transportée dans la salle Saint-Paul de l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 2 décembre 1851 : étant accroupie dans une carrière, une masse de sable se détacha et lui tomba de la hauteur de 10 mètres sur la partie postérieure et supérieure du tronc, c'est-à-dire entre les deux épaules. Ayant aussitôt après cet accident perdu connaissance, elle ne put nous donner aucun autre renseignement précis.

Tels furent les symptômes constatés :

Paralysie des extrémités inférieures, de la vessie et du rectum ; gibbosité au niveau de la onzième et douzième vertèbre dorsale, mais point de fracture des apophyses épineuses.

En présence de ces symptômes, M. Barrier, s'appuyant sur un travail que j'avais publié dans son journal (travail dans lequel j'ai prouvé que la nouvelle doctrine proposée par M. Malgaigne pour expliquer les fractures de la colonne vertébrale était complétement juste), diagnostiqua une fracture indirecte du corps de la onzième et douzième vertèbre dorsale, oblique de haut en bas et d'arrière en avant.

La malade mourut le 30 décembre ; l'autopsie révéla ce qui suit :

Fracture par écrasement du corps de la douzième vertèbre dorsale ; elle était oblique de haut en bas et d'arrière en avant; le fragment supérieur faisait saillie en avant et l'inférieur en arrière. Les trousseaux ligamenteux postérieur et supérieur n'existaient plus ; ils avaient été détruits par une abondante suppuration, que l'on constata entre les deux fragments de la fracture : disjonction des apophyses articulaires de la douzième avec la onzième vertèbre, et fracture comminutive de ces mêmes apophyses que l'on trouva baignées de pus, et en partie engagées dans le canal rachidien : intégrité complète des apophyses épineuses et absence de contusion à leur pourtour. Le ligament inter-épineux situé entre la onzième et douzième dorsale était dilacéré.

La moelle et ses enveloppes avaient été réduites par la suppuration à une bouillie dans laquelle on ne pouvait reconnaître leurs caractères anatomiques. (*Obs. recueillie par M. Dessaint, interne.*)

Ce n'est certainement pas une cause directe qui a produit la fracture, mais bien la flexion forcée du tronc en avant. Le commémoratif le prouve, puisque nous savons que c'est un corps très-lourd qui, en tombant sur la partie postérieure et supérieure du tronc de cette femme, a occasionné un pareil accident.

Du reste, s'il y avait eu fracture par cause directe, l'apophyse épineuse aurait été brisée ; cela n'a pas existé.

Je dis qu'il y a eu fracture par cause indirecte, par un mouvement forcé du tronc en avant, et je l'explique par ce fait ; si sur le cadavre, on fléchit fortement le tronc en avant, on produit une fracture du corps de la onzième ou douzième dorsale, oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Or, c'est là le cas de la fracture constatée.

Plaies des artères de l'avant-bras près du poignet; *compression inutilement tentée; nécessité de lier successivement la cubitale, l'humérale et la radiale; guérison; effets curieux sur les ongles de la main correspondante;* par M. Malgaigne.

Obs. — M. L..., limonadier, âgé de 30 ans, constitution forte et nerveuse, nettoyant un toit en vitrage qui éclairait son laboratoire, tomba la main droite en avant, brisa un des carreaux et se fit une blessure à 3 centimètres au-dessus du poignet, vis-à-vis l'artère radiale, dont le sang, dit-il, jaillit avec violence; se releva, retomba de nouveau, et cette fois se fit une forte coupure en travers à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la première et vis-à-vis l'artère cubitale. Immédiatement il sentit que le petit doigt et l'annulaire étaient comme morts; et le sang jaillit de cette nouvelle plaie avec plus de violence encore. Un médecin appelé en hâte essaya de saisir l'artère cubitale dans la plaie, ne put y réussir, et établit une compression sur l'avant-bras. Il paraît que dès lors le sang ne sortait plus par la première plaie. Il y eut plusieurs hémorragies successives, un autre médecin réappliqua la compression, qui réussit durant quelques heures, puis échoua; et une nouvelle hémorragie ayant éclaté, je fus appelé le dimanche, 6 avril 1845, à cinq heures du soir; l'accident était arrivé l'avant-veille.

La plaie située vis-à-vis l'artère radiale était sèche, les bords presque accolés; elle n'avait pas donné de sang dans les hémorragies que les deux médecins avaient eu à combattre; nous n'y fîmes pas autrement attention. La plaie cubitale, au contraire, était béante, distendue par un énorme caillot de sang noir qui laissait suinter encore un peu de sang rouge; l'avant-bras était extrêmement tuméfié et paraissait infiltré de sang jusqu'au coude; je me décidai à lier la cubitale.

Une incision de 8 centimètres fut faite sur le trajet de cette artère, coupant la plaie accidentelle presque à angle droit, remontant à 5 centimètres au-dessus, descendant à 3 centimètres au-dessous. L'incision de la peau donna lieu à une pluie de sang très-rose, que j'attribuai aux vinules ouvertes et à la compression établie sur l'artère humérale; en effet, cette compression enlevée, l'écoulement s'arrêta. Je divisai l'aponévrose, j'écartai avec le doigt l'interstice musculaire, et je tombai sur une infiltration de sang noir qui masquait tous les objets; ni le doigt ne sentait les battements du vaisseau, ni les yeux ne pouvaient le découvrir; et, après des recherches fort longues, ne trouvant rien, je descendis vers la plaie que je nettoyai de tous les caillots, et je vis sortir un jet de sang rutilant, mais beaucoup plus en dedans que la direction normale de l'artère cubitale; et il paraissait que l'infiltration de sang et aussi peut-être la compression extérieure l'avaient refoulée vers le centre de l'avant-bras. Elle était nettement coupée en travers; je la liai fortement; après quoi je recherchai le bout inférieur. Mais j'eus beau laver et éponger la plaie; nulle part je ne pus l'apercevoir, et comme il ne donnait pas de sang, je ne crus pas devoir poursuivre cette recherche. La plaie fut réunie par des épingles, et l'avant-bras enveloppé d'un cataplasme émollient. Il fut en outre appuyé sur un coussin, de telle sorte que la main était beaucoup plus élevée que le coude.

Tout alla bien les premiers jours, la plaie suppura et il fallut retirer les épingles; mais la résorption se faisait dans le reste de l'avant-bras, et il n'y avait nul indice de fusées purulentes. Cependant, le malade accusait de vives douleurs dans tous les doigts de la main; le poignet se tuméfia, les nuits étaient agitées; la plaie, en grande partie cicatrisée, paraissait blafarde dans le reste, et la cicatrice même ne paraissait pas d'une bonne nature. Le 24 avril, les douleurs étaient tellement vives que je fis appliquer deux sangsues sur la plaie. La nuit fut un peu meil-

leure ; mai sle 25, à une heure après midi, le malade étant levé depuis près d'une heure, tout d'un coup l'appareil se remplit de sang; et comme il ne voulait pas qu'on y touchât avant mon arrivée, l'hémorragie dura bien une demi-heure. Je le trouvai pâle, plus encore de terreur qu'à cause de la perte de sang; je le fis rep or ter dans son lit, l'appareil ôté, et une compresse maintenue seulement sur la plaie avec mes doigts. Quand il eut été recouché, j'examinai la plaie, pas une goutte de sang n'en sortit. Le poignet était désenflé, le malade ne souffrait plus des doigts ; on aurait dit que le gonflement avait été produit par un abcès qui s'était vidé tout d'un coup en ramenant l'hémorragie.

Quelle était la source de celle-ci ? Le sang était rouge, mais il l'est ainsi chez les sujets qui en ont perdu beaucoup ; et, par exemple, le petit écoulement veineux auquel nous avions eu affaire pendant l'opération était d'un rose extrêmement vif. Le voyant arrêté aussitôt que la bande circulaire avait été enlevée, je crus à une simple hémorragie veineuse ; toutefois, pour m'en assurer mieux, je ne mis qu'une rondelle d'agaric sur la plaie ; je plaçai une garde à demeure avec injonction de comprimer à l'aide des doigts au moindre écoulement, et je revis le malade plusieurs fois par jour. Deux jours se passèrent de la sorte; pas une goutte de sang n'avait reparu. Je me bornai alors à revoir mon malade une fois seulement par jour ; et après avoir conservé la garde sept à huit jours, on la renvoya comme inutile. La plaie, pansée avec du quinquina en poudre, prenait un bon aspect; une petite mèche introduite dans le fond amenait un bourgeonnement favorable ; et comme cette mèche se dirigeait du côté de l'artère radiale, et que le long de cette artère il y avait une petite fusée, j'établis une compression légère vers ce point avec de l'agaric; la fusée se recolla, et tout allait à merveille.

Cependant, le 14 mai au matin, je fus éveillé en sursaut par un messager qui m'apprit que M. L... avait une nouvelle hémorragie. Le malade me raconta qu'il avait bien dormi jusqu'au matin ; alors il avait eu un cauchemar qui l'avait fort agité, et en se réveillant il s'était trouvé le bras baigné de sang. Ce sang, d'après mon examen, venait du côté de l'artère radiale et en même temps du côté de la plaie de cette artère, plus rapprochée du poignet, comme il a été dit, que l'autre. J'en conclus que c'était l'artère radiale qui le donnait, et qu'elle avait été incomplétement coupée lors de l'accident ; ce fut alors seulement que le malade nous raconta qu'en effet par cette première plaie était sorti un jet vif de sang rouge. J'établis une légère compression ; le sang s'arrêta. A une heure je revis le malade; rien de nouveau. Mais à cinq heures l'hémorragie avait reparu ; M. Audinet, appelé le premier, comprima sur la plaie ; il s'ensuivit un épanchement de sang au-dessus de la plaie du côte du poignet et sous les tendons fléchisseurs; et les choses étaient dans cet état lorsque j'arrivai.

Fallait-il aller chercher l'artère radiale au milieu de ce sang épanché? Je craignis les suites d'un tel dégât ; et d'ailleurs, si une blessure de cette artère me paraissait probable, je n'en avais pas l'entière certitude. Je me décidai à lier l'humérale vers le tiers inférieur du bras. L'opération ne fut pas sans difficulté, le bras étant fort œdématié ; mais enfin, l'artère tenue sur la ligature, et ses battements bien reconnus, je la liai ; après quoi on découvrit la plaie de l'avant-bras par où se faisait l'hémorragie.

Un petit suintement rouge se faisait encore par cette plaie. Avions-nous donc deux artères humérales ? Je m'assurai que l'artère était simple. La ligature n'était-elle pas assez serrée? Par surcroît de précaution, j'en mis une autre; puis je vidai avec le doigt les caillots accumulés dans la plaie de l'avant-bras ; l'écoulement s'arrêta. Je réunis l'incision du bras par trois épingles ; toute circulation paraissait

avoir cessé dans la main, qui était froide; nous essayâmes de sentir les battements de la radiale, on n'en sentait aucun ; cependant le gonflement de l'avant-bras pouvait nuire à cette recherche.

Le lendemain 15, tout va bien ; la main est déjà en grande partie réchauffée; le bout des doigts seul est resté froid.

Le 16, toute la main est chaude ; le malade est bien.

Le 17, un peu de sang noir a traversé la compresse qui recouvre la plaie de l'avant-bras, et a fait une tache circonscrite et déjà quasi sèche. Pas de douleur, pas d'odeur; nous décidons d'attendre au lendemain pour panser cette plaie. Celle du bras a un peu suppuré, ce qui m'engage à ôter l'épingle inférieure; du reste, pas de rougeur, pas de douleur, l'aisselle indolore.

Le 18, vers quatre heures du matin, nouvelle hémorragie, légère en comparaison des autres, et qui n'épouvante pas le malade. Cependant, à six heures on m'envoie chercher; le sang ne coule plus, mais nous trouvons des battements très-forts dans toute l'artère radiale; et vis-à-vis la petite plaie aujourd'hui toute cicatrisée, ces battements sont assez forts pour soulever le doigt sensiblement à la vue. J'eus d'abord l'idée d'établir une compression; le voisinage de la grande plaie m'en détourna. Je liai donc l'artère radiale un peu au-dessus de l'endroit où je la supposais blessée, et nous nous assurâmes après la ligature que tout battement avait cessé en ce point.

A partir de ce moment, la guérison suivit son cours sans autre hémorragie. Elle fut lente cependant à s'opérer; plus d'une fois la cicatrice, mince et formée sur des bourgeons mollasses, se rompit et donna lieu à de petits abcès fistuleux; il fallut recourir tour à tour à la compression, à la cautérisation au nitrate d'argent, aux poudres stimulantes, et enfin à la cautérisation objective; et la cicatrice ne fut complète et solide que vers la fin de juillet.

Alors commença un autre traitement, celui de la roideur des jointures. Des mouvements communiqués avec réserve, endurés avec courage, commencèrent à amener quelques progrès; le malade alla alors à la campagne et, s'occupant de jardinage et de divers travaux, finit au bout de trois à quatre mois par recouvrer à peu près les mouvements et la force du membre. Le petit doigt seul demeura fléchi, et d'ailleurs paralysé du sentiment; l'annulaire, un peu fléchi aussi et moins sensible que les autres.

Mais il y eut une particularité assez curieuse et sur laquelle le malade lui-même appela mon attention.

Pendant les cinq mois que dura la cure principale, les ongles de la main blessée n'avaient pris aucun accroissement; et tandis que le malade avait eu plusieurs fois à couper les ongles de la main gauche, ceux de la droite étaient restés courts et noirs. Dès que la cicatrice fut à peu près achevée, un liséré blanc qui parut à la racine des ongles droits témoigna qu'ils commençaient à grandir, et, en effet, il fallut bientôt les couper comme les autres. Mais là encore se passa quelque chose d'inattendu. L'ongle ancien était convexe comme de coutume; la portion nouvelle était concave, et, de plus, faisait avec l'ancienne portion un angle très-obtus, saillant en arrière. Je constatai pour la dernière fois ce phénomène le 19 novembre.

BIBLIOGRAPHIE.

FRAGMENTS HISTORIQUES ET MÉDICAUX SUR L'HÔTEL NATIONAL DES INVALIDES ; par M. F. HUTIN, *chirurgien en chef*.

C'est une simple brochure de 87 pages, qu'on lira cependant avec plus d'intérêt et de fruit que bien des gros volumes. Elle se compose essentiellement de deux parties; la première consacrée à l'histoire même de l'établissement et de ceux du même genre qui l'avaient précédé ; nous y reviendrons quelque jour avec détails; l'autre, qui nous occupera exclusivement dans cet article, contient des recherches statistiques très-étendues sur le personnel des invalides; ces recherches ont dû demander à l'auteur beaucoup de temps et de travail ; elles ont mis en lumière des faits importants ; et comme toujours, elles laissent entrevoir tout le parti qu'on pourrait tirer de recherches nouvelles avec ces documents une fois acquis.

Pour obtenir un relevé exact et complet, M. Hutin a visité minutieusement lui-même, les uns après les autres, tous les invalides, au nombre de plus de *quatre mille*, qui étaient présents à l'Hôtel en 1847 et qui y sont entrés depuis ; puis défalquant ceux qui étaient morts dans l'intervalle, il a dressé des tableaux qui comprennent seulement les hommes présents à l'Hôtel le 1er avril 1851, au nombre de 3,167. Ici nous ne pouvons retenir un sentiment de surprise et de regret. Pourquoi, puisque l'examen avait porté sur plus de 4,000 individus, en retrancher ainsi le quart? Quel intérêt y avait-il à étudier le personnel à un jour fixé, puisque dès le lendemain ce personnel pouvait déjà n'être plus le même? Et si l'auteur tenait absolument à séparer les morts des vivants, pourquoi ne pas donner un tableau séparé de ce millier d'invalides qu'il avait visités et étudiés? N'eût-il pas même été curieux et important de savoir à quel âge, et à quelles maladies avaient succombé les sujets de certaines catégories, ceux qui avaient subi de grandes amputations par exemple ?

Quoi qu'il en soit, voyons comment se partagent les 3,167 invalides du 1er avril 1851. Il y en a d'abord environ 600 retraités pour ancienneté de service, ou bien usés par la fatigue de la guerre, puis près d'une centaine d'autres frappés de paralysie, d'épilepsie, etc. ; ce qui réduit les cas chirurgicaux à environ 2,500. Nous sommes obligés de faire nous-même ce départ, un peu à l'aventure ; car M. Hutin, une fois son chiffre établi, ne s'occupe plus des hommes, mais des blessures ; et beaucoup d'entre eux ayant plusieurs lésions à la fois, le chiffre des lésions accusées dans les tableaux dépasse de beaucoup celui des individus.

Un premier point qui nous arrête est la proportion des hernieux, pris cette fois sur la masse totale de 3,177. Il y a 670 hernieux, plus d'un cinquième. Combien ce renseignement eût été plus précieux, si nous avions su l'âge de ces hernieux, comparé avec les âges divers de la population totale ! Mais tout cela nous manque à la fois. D'après les recherches de M. Malgaigne, passé 60 ans, le chiffre des hernieux dépasse le tiers de la population mâle. Mais il s'en faut de beaucoup que la population des invalides soit toute au-dessus de cet âge. Au 1er avril 1851, il y avait 1,107 hommes au-dessus de 70 ans ; voilà un premier renseignement. Un autre, beaucoup plus vague, se tire d'un tableau des sujets décédés de janvier 1845 à décembre 1850, en six années : sur 1,745 morts, 1,043 avaient passé 70 ans ; — 516 étaient âgés de 61 à 70 ; le reste était au-dessous de 60 ans. Mais la popu-

lation ne se renouvelant pas selon les lois naturelles, nous n'osons rien en conclure pour l'âge des survivants, ni pour la proportion des hernieux selon les âges.

La proportion des hernies diverses mérite d'être citée, si toutefois le diagnostic différentiel a été assigné avec toute la rigueur nécessaire. Il y avait donc :

631 hernies inguinales, — 213 doubles, 418 simples.
6 crurales, — 5 à gauche, 1 à droite;
18 ombilicales;
11 sus-ombilicales;
2 sous-ombilicales;
2 près de la crête iliaque.

On remarquera la rareté des crurales, et l'immense proportion des inguinales simples. Il est à craindre que de nombreuses hernies secondaires, à raison de leur petit volume, aient échappé à l'observateur, qui n'y accordait pas d'ailleurs une attention spéciale.

Il y avait 546 amputés, ainsi répartis :

Désarticulations scapulo-humérales	15
Amputation des deux bras	1
— du bras	107
— de l'avant-bras	59
— de l'avant-bras et d'une jambe	1
— du poignet	12
— des quatre derniers doigts aux deux mains	1
— — à une seule main	2
— d'un doigt ou de plusieurs phalanges	29
Désarticulation coxo-fémorale	1
Amputations de cuisse	101
— de la cuisse et du bras	1
Désarticulation du genou	1
Amputation des deux jambes	8
d'une seule jambe	165
— dans la continuité des métatarsiens	4
Désarticulation tarso-métatarsienne	1
Amputation de tous les orteils	6
— d'un orteil ou de plusieurs phalanges	31

Quel admirable champ d'études et de découvertes pour rechercher à établir la conformation des moignons et des cicatrices, l'influence des années sur les membres amputés, l'influence de chaque sorte d'amputation sur les fonctions particulières du membre et sur les fonctions générales; pour rechercher si les amputés sont plus prédisposés que d'autres à certaines maladies, à la pléthore par exemple; et jusqu'à quel point la perte d'une portion plus ou moins considérable du corps influe sur la durée moyenne de la vie! Nous ne disons rien des maladies propres aux moignons, encore si peu connues; sur la comparaison à faire, pour une amputation du même genre, des divers procédés suivis. Il y a là tout un livre à faire, toute une partie de la médecine opératoire à créer; et précisément dans une de ses dernières leçons, M. Malgaigne a appelé sur ce point l'attention des chirurgiens militaires, en signalant toutes les lacunes de la science.

M. Hutin ne s'y est pas arrêté, et c'est un malheur; car nul autre n'aurait abordé ce sujet avec plus d'expérience et d'autorité. Il a défriché le champ, il ne l'a pas encore cultivé; ou du moins ses essais n'ont pas porté aussi loin qu'il aurait pu faire.

Il y a cependant une tentative que nous ne saurions omettre, bien que l'auteur

après nous avoir donné ses chiffres, ne tire aucune déduction et nous laisse douter s'il les a jugés lui-même utiles ou inutiles. Il a relevé avec soin, pour un certain nombre de grandes amputations, l'époque ou l'opération a été faite. Nous condenserons ses principanx résultats dans le tableau suivant :

	1er au 2e jour.	3e au 10e jour.	10e au 20e jour.	20e au 30e jour.	Plus tard.
Désarticulation scapulo-humérale.....	7	3	2	1	1
Amputation du bras................	55	9	11	10	29
— de l'avant-bras..........	21	5	5	4	8
— de la cuisse............	43	13	5	8	33
— de la jambe............	78	24	6	7	50
	204	54	29	30	121

Nous comprenons trop bien tout ce qui manque à ce tableau pour en tirer des conclusions hasardées. Mais M. Hutin qui a vu les champs de bataille, qui a pratiqué et suivi nombre d'amputations, n'aurait-il pu, en comparant les résultats de son expérience personnelle avec ce grand résultat de toute la chirurgie militaire contemporaine, n'aurait-il pu nous dire ce qu'il en pensait ; et nous révéler par exemple l'idée qui l'a conduit à séparer ainsi en époques déterminées les diverses amputations secondaires? Ce n'est pas ici le lieu de rechercher la portée de cette division ; n'est-il pas remarquable cependant qu'à une époque où l'amputation immédiate est la loi de presque tous les chirurgiens, les hommes sauvés par l'amputation immédiate, même en y comprenant les amputations du second jour, n'égale pas aux Invalides celui des sujets échappés aux amputations secondaires ?

Et si l'on compare dans ces grandes amputations la plus bénigne et la plus grave, celle de l'avant-bras et celle de la cuisse, n'est-il pas remarquable aussi que les amputations immédiates aient donné pour les premières autant de guérisons que les secondaires, 21 à 22 ; tandis que pour les autres les sujets amputés immédiatement restent au nombre de 43, contre 59 qui ont été amputés plus tard ?

Nous ne saurions trop le redire ; nous regrettons profondément que M. Hutin se soit arrêté ainsi en quelque façon sur le seuil de son œuvre, et nous l'engageons de tout notre pouvoir à reprendre ses recherches et à les pousser jusqu'au bout. Il a par exemple dressé un grand tableau des maladies auxquelles ont succombé 1,745 invalides pris en masse ; nous aurions voulu avoir un tableau pareil mais tout spécial pour les amputés.

Il y a enfin bien d'autres indications de lésions rares, qui auraient mérité une description particulière. Nous relèverons ici les indications de luxations :

Semi-luxation d'une vertèbre..........................	1
Luxations scapulo-humérales non réduites...........	2
— du coude non réduites....................	2
— du poignet suivies de difformité..........	5
— coxo-fémorale non réduite................	1
— du genou vicieusement réduite............	2
— de la rotule non réduite..................	1

Y a-t-il un seul établissement au monde offrant à la fois tant de luxations à étudier? Cependant, en voyant accuser *cinq* luxations du poignet, c'est-à-dire autant et plus que la science n'en a recueilli d'exemples jusqu'à ce jour, nous ne saurions dissimuler qu'il s'élèvera plus d'un doute sur la valeur du diagnostic.

Au total, on doit de la reconnaissance à M. Hutin pour cet inventaire d'un trésor resté jusqu'à ce jour à peu près inconnu, et dont on soupçonnait seulement la richesse. Mais cet inventaire appelle un autre travail plus approfondi et plus utile à la fois; et nous appelons et nous invoquons sur ce sujet important l'attention de M. Hutin lui-même, et après lui de tous les chirurgiens militaires que leur service met à même d'étudier là, sur nature, tant de problèmes dont la science attend et désire la solution.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences. — 16 *février*. — *M. C. Bernard* lit un Mémoire intitulé : *Recherches d'anatomie et de physiologie comparées sur les glandes salivaires chez l'homme et chez les vertébrés*. Il résulte de ces recherches que, bien qu'identiques par leur texture, les glandes salivaires sont affectées chacune à un acte spécial, obéissent à des influences nerveuses différentes, et ont aussi des usages distincts. Ainsi, le rôle caractéristique de la parotide est de sécréter pour la mastication ; la sous-maxillaire sécrète pour la gustation ; la glande sublinguale et les glandules buccales pour la déglutition.

23 *février*. — *M. Tavignot* adresse des *Recherches sur l'amaurose névralgique*, c'est-à-dire survenant sous l'influence de la névralgie de la cinquième paire de nerfs.

— *M. Bonnet*, de Lyon, adresse un Mémoire intitulé : *De l'absorption et des effets généraux de l'iode employé dans les pansements et les opérations chirurgicales*. L'iode peut être absorbé, à la surface des cavités closes, à plus de 1 gramme par jour. On le retrouve dans diverses sécrétions, notamment l'urine et la salive. Il s'absorbe aussi à la surface des plaies, et peut ainsi servir non-seulement comme agent résolutif, mais comme modificateur de toute l'économie.

— *M. Nivet* adresse une note *sur le goître estival épidémique*, goître qui peut se développer rapidement en été et en automne sur des personnes saines qui boivent de l'eau trop froide, ou exposent le cou a l'air froid dans un état de sueur. Ce goître guérit très-bien quand on le traite dès le début.

1er *mars*. — *M. Sédillot* adresse une nouvelle série de cas d'amputations par lui pratiquées pendant l'année scolaire 1850-51. Sur 10 amputations, dont 3 de cuisse et 4 de jambe, il n'a eu que 1 mort. En ajoutant cette série à la précédente, on a un total de 40 amputations : 4 morts ; 1 sur 10. Il y a 7 amputations de cuisse, toutes suivies de guérison, et 14 amputations de jambe qui n'ont donné que 2 morts. L'auteur attribue ces heureux résultats à son mode de traitement, dont les principales conditions sont de n'exercer aucune constriction sur le moignon, de supprimer des pansements inutiles et douloureux, de maintenir a plaie spontanément fermée, en laissant une libre issue à la suppuration.—Nous devons dire que plusieurs chirurgieus agissent de même à Paris sans arriver à de tels succès. Il y a donc assurément d'autres conditions que l'auteur a omises; et probablement la localité y joue un rôle assez notable.

— *M. Colin*, d'Alfort, adresse des *Recherches expérimentales sur la sécrétion*

de la salive. Elles viennent, en général, à l'appui de celles de M. Bernard ; nous y remarquons ce fait curieux que, quand un cheval mange des fourrages desséchés, la salive versée dans la bouche est en moyenne, par heure, de 5 à 6 kilogrammes ; et augmente d'un tiers ou d'un quart quand il mange des grains.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — 17 *février*. — *M. Bouvier* lit un rapport sur un Mémoire de M. Barreswill, relatif aux *propriétés thérapeutiques du tannate de quinine*. Des recherches de la commission, il résulte que ce sel est antipériodique, paraissant avoir la même efficacité que le sulfate de quinine, avec moins d'amertume et moins d'action sur les voies digestives et le système nerveux. Elle propose donc d'adresser des remercîments à l'auteur, et de l'engager à continuer ses recherches.

M. Caventou remarque que si le tannate de quinine est moins amer que le sulfate, c'est qu'il est moins soluble. La quinine pure est moins soluble encore, et a aussi moins d'amertume. C'est à raison de sa solubilité plus grande que le sulfate a été préféré.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Piorry sur l'*emploi du sel marin dans les fièvres intermittentes*. On a vu, dans le numéro précédent, quelles vives objections M. Grisolle adressait à ce rapport. M. Piorry a cherché à y répondre ; et il les a lui-même en partie confirmées. M. Grisolle lui reprochait de prendre trop facilement une simple hypertrophie de la rate pour une fièvre intermittente. M. Piorry répond : *Que M. Grisolle recherche la maladie, moi je m'occupe surtout de l'état de l'organe malade*. Une pareille réponse vient tout à fait en aide à l'objection.

Aussi M. Michel Lévy, reprenant l'argumentation de M. Grisolle, et l'appuyant sur des observations et des considérations nouvelles, a rappelé des essais nombreux tentés avec le sel marin par des médecins militaires, avec des résultats à peu près constamment négatifs ; et, discutant cette doctrine de M. Piorry que l'engorgement splénique est la cause de la fièvre intermittente, il a déclaré que, parmi les médecins militaires qui observent sur une si grande échelle les endémies des pays chauds marécageux, *pas un ne partage cette vue pathogénique*. L'engorgement de la rate est un symptôme, rien de plus ; aussi est-il des médicaments qui modifient le volume de la rate sans guérir la fièvre ; et, au rebours, nombre de fois le sulfate de quinine guérit la fièvre sans réduire le volume de la rate.—D'un autre côté, M. Michel Lévy pense que M. Grisolle s'en tient trop peut-être à la considération exclusive de la fièvre. La fièvre n'est aussi que l'expression d'un état morbide plus grave qui persiste souvent même après les accès guéris ; et, si le sulfate de quinine guérit la fièvre à merveille, beaucoup de médecins de l'armée d'Afrique lui préfèrent le quinquina qui, outre l'action antipériodique, agit aussi comme tonique pour relever les forces digestives et les forces générales. D'où il résulte que, quand on vient proposer un nouveau fébrifuge, il faut non-seulement qu'il puisse remplacer la quinine, mais aussi le quinquina tout entier. M. Michel Lévy propose donc de rejeter les conclusions du rapport, mais de renvoyer les documens reçus sur le sel marin à la commission chargée de prononcer sur la valeur des succédanés du quinquina, et d'adjoindre M. Piorry à cette commission

Après une courte réplique de M. Piorry et de M. Grisolle, les propositions de M. Michel Lévy sont mises aux voix et adoptées.

24 *février* . — *M. Reybard*, de Lyon, lit un Mémoire *sur un nouveau procédé pour guérir la fistule lacrymale*. (Voir la *Revue médico-chirurgicale*, t. III, p. 205).

— *M. Camille Bernard*, d'Apt, lit une note *sur le degré de force du taxis*. Il

pense que le taxis manque souvent son effet, parce que la force déployée a été trop faible ; sur cinquante-quatre hernies qu'il a eu à réduire, il n'a échoué que trois fois. Il voudrait donc qu'on pût trouver un moyen d'apprécier le degré de la force employée dans le taxis ; et il réclame la première idée du dynamomètre appliqué à la réduction des luxations, idée qui, communiquée à M. Sédillot, aurait été le point de départ de ce chirurgien.

— *M. Bricheteau* lit un rapport favorable sur le Mémoire de M. Barruel, relatif à l'*extrait de jusée.*

M. Caventou fait observer que la jusée, résultat de la macération des peaux d'animaux, ne saurait être toujours identique.

M. *Louis* pense que les préparations fussent-elles peu identiques, si elles étaient utiles, il faudrait les adopter. Mais il a essayé l'extrait de jusée sur 50 ou 60 phthisiques, et n'en a jamais rien obtenu.

Le rapport est renvoyé à la commission.

1 *mars.* — M. le président annonce que l'Académie a gagné le procès qui lui avait été intenté par les exécuteurs testamentaires du marquis d'Argenteuil, au sujet du prix institué par M. d'Argenteuil, et non décerné jusqu'ici, faute de travaux qui en aient été jugé digne. M. Orfila, chargé en cette circonstance des intérêts de l'Académie, donne lecture des observations qu'il a soumises au tribunal.

— *M. Lecanu* lit un rapport favorable sur un Mémoire de M. Gobley, intitulé : *Recherches chimiques sur la matière grasse du sang veineux chez l'homme.* — Renvoi au comité de publication.

— *M. Fleury* lit une note *sur le traitement de la fièvre intermittente par les douches froides.*

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Cazeaux, relatif à l'avortement provoqué.

M. P. Dubois combat le rapport et ses conclusions. *M. Cazeaux* réplique.

9 *mars.* — M. P. Dubois a la parole pour répondre à M. Cazeaux.

M. Danyau discute à son tour la doctrine du rapport.

16 *mars.* — *M. Gaultier de Claubry* lit un rapport sur un travail de M. Leconte, intitulé : *Essai sur la thérapeutique de la fièvre typhoïde ;* et qui a pour but d'étudier l'action du quinquina et de la quinine dans la fièvre typhoïde. Les faits rapportés ne suffisant pas pour juger la question, la commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur, de l'engager à continuer ses recherches, et de déposer honorablement son travail dans les archives. — Adopté.

— La discussion sur le rapport de M. Cazeaux est ensuite reprise. M. Bégin a eu la parole pour critiquer le rapport, et M. Cazeaux pour lui répondre. La discussion est ensuite renvoyée à la prochaine séance. Nous en rendrons compte lorsqu'elle sera terminée.

VARIÉTÉS.

Le concours pour la chaire d'hygiène à la Faculté de Paris s'est terminé le 6 mars. MM. Bouchardat, Tardieu, Guérard et Béclard se sont d'abord partagé diversement les voix ; enfin, un scrutin de ballottage a nommé M. Bouchardat par 8 voix contre 6 obtenues par M. Tardieu. La maladie d'un des juges avait réduit le jury à 14 membres.

— Le concours pour la chaire de clinique médicale à la Faculté de Montpellier

s'est terminé par la nomination de M. Dupré, ex-professeur de pathologie interne à l'école préparatoire de Toulouse. Il a obtenu 8 voix sur 10.

— La *Gazzetta medica italiana* de Turin rend compte d'un concours ouvert pour la première fois devant la Faculté médico-chirurgicale de Turin. Les premières épreuves paraissent avoir été fort brillantes et avoir complétement satisfait l'auditoire nombreux empressé de les suivre.

Le *Moniteur* du 10 août a publié le décret suivant :

Louis-Napoléon, président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes,

Considérant que, en attendant qu'il soit pourvu par une loi à la réorganisation de l'enseignement public, il importe d'appliquer, dès aujourd'hui, des principes propres à établir l'ordre et la hiérarchie dans le corps enseignant,

Décrète :

CHAPITRE Ier.

De l'autorité supérieure de l'enseignement public.

Article 1er. Le président de la République, sur la proposition du ministre de l'instruction publique, nomme et révoque les membres du conseil supérieur, les inspecteurs généraux, les recteurs, les professeurs des Facultés, du collége de France, du muséum d'histoire naturelle, de l'école des langues orientales vivantes, les membres du bureau des longitudes et de l'observatoire de Paris et de Marseille, les administrateurs et conservateurs des bibliothèques publiques.

Art. 2. Quand il s'agit de pourvoir à la nomination d'un professeur titulaire dans une Faculté, le ministre propose au président de la République un candidat choisi, soit parmi les docteurs âgés de trente ans au moins, soit sur une double liste de présentation qui est nécessairement demandée à la Faculté où la vacance se produit et au conseil académique.

Le même mode de nomination est suivi dans les Facultés des lettres, des sciences, de droit, de médecine et dans les écoles supérieures de pharmacie.

En cas de vacance d'une chaire au collége de France, au muséum d'histoire naturelle, à l'école des langues orientales vivantes ou d'une place au bureau des longitudes, à l'observatoire de Paris et de Marseille, les professeurs ou membres de ces établissements présentent deux candidats, la classe correspondante de l'Institut en présente également deux. Le ministre peut, en outre, proposer au choix du président de la République un candidat désigné par ses travaux.

Art. 3. Le ministre, par délégation du président de la République, nomme et révoque les professeurs de l'école nationale des chartes, les inspecteurs d'Académie, les membres des conseils académiques qui procédaient précédemment de l'élection, les fonctionnaires et professeurs des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les fonctionnaires et professeurs de l'enseignement secondaire public, les inspecteurs primaires, les employés des bibliothèques publiques, et généralement toutes les personnes attachées à des établissements d'instruction publique appartenant à l'Etat.

Il prononce directement et sans recours contre les membres de l'enseignement secondaire public : la réprimande devant le conseil académique, la censure devant le conseil supérieur, la mutation, la suspension des fonctions avec ou sans privation totale ou partielle de traitement, la révocation.

Il peut prononcer les mêmes peines contre les membres de l'enseignement supérieur, à l'exception de la révocation, qui est prononcée, sur sa proposition, par un décret du président de la République.

Art. 4. Les recteurs, par délégation du ministre, nomment les instituteurs communaux, les conseils municipaux entendus, d'après le mode prescrit par les deux premiers paragraphes de l'article 31 de la loi du 15 mars 1850.

CHAPITRE II.

Du conseil supérieur de l'instruction publique.

Art. 5. Le conseil supérieur se compose de trois membres du sénat, de trois membras du Conseil d'Etat, de cinq archevêques ou évêques, de trois ministres des cultes non catholiques, de trois membres de la cour de cassation, de cinq membres de l'Institut, de huit inspecteurs généraux, de deux membres de l'enseignement libre.

Les membres du conseil supérieur sont nommés pour un an.

Le ministre préside le conseil et détermine l'ouverture des sessions, qui auront lieu au moins deux fois par an.

CHAPITRE III.

Des inspecteurs généraux de l'instruction publique.

Art. 6. Huit inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, trois pour les lettres, trois pour les sciences, un pour le droit, un pour la médecine, sont chargés, sous l'autorité du ministre, de l'inspection des Facultés, des écoles supérieures de pharmacie, des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et des établissements scientifiques et littéraires ressortissant au ministère de l'instruction publique.

Ils peuvent être chargés de missions extraordinaires dans les lycées nationaux et dans les établissements d'instruction secondaire libres.

Six inspecteurs généraux de l'enseignement secondaire, trois pour les lettres, trois pour les sciences, sont chargés, sous l'autorité du ministre, de l'inspection des lycées nationaux, des colléges communaux les plus importants et des établissements d'instruction secondaire libres.

Deux inspecteurs généraux de l'enseignement primaire sont chargés des mêmes attributions en ce qui concerne l'instruction de ce degré.

Le ministre peut appeler au conseil supérieur, pour des questions spéciales, avec voix consultative, des inspecteurs généraux qui n'auraient pas été désignés pour en faire partie.

CHAPITRE IV.

Dispositions particulières.

Art. 7. Un nouveau plan d'études sera discuté par le conseil supérieur dans sa prochaine session.

Art. 8. En cas d'urgence, les recteurs peuvent, par mesure administrative, suspendre un professeur de l'enseignement public secondaire ou supérieur, à la charge d'en rendre compte immédiatement au ministre, qui maintient ou lève la suspension.

Art. 9. Les professeurs, les gens de lettres, les savants et les artistes dépendant

du ministère de l'instruction publique ne peuvent cumuler que deux fonctions rétribuées sur les fonds du trésor public.

Le montant des traitements cumulés tant fixes qu'éventuels pourra s'élever à 20,000 francs.

Art. 10. A l'avenir, la liquidation des pensions de retraite des fonctionnaires de l'instruction publique n'aura lieu qu'après avis de la section des finances du conseil d'Etat.

Art. 11. Sont maintenues les dispositions de la loi du 15 mars 1850 qui ne sont pas contraires au présent décret.

Art. 12. Le ministre de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*.

Fait au palais des Tuileries, le 9 mars 1852.

LOUIS-NAPOLÉON.

Par le président :

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

H. FORTOUL.

Ce décret ouvre parmi nous une nouvelle ère pour l'enseignement médical supérieur. Le concours pour le professorat est supprimé; les professeurs perdent leur inamovibilité; telles sont les principales dispositions qui regardent les Facultés de médecine. Nous nous inclinons. Le concours, institution si diversement jugée, avait assurément ses imperfections; l'esprit humain a les siennes. Nous, qui lui avons dû tout ce qu'il pouvait nous donner, à qui il n'avait rien laissé à espérer ni à craindre, nous confessons qu'il avait toute notre prédilection, et qu'il emporte tous nos regrets. Non pas que nous veuillons prétendre qu'un autre mode de nomination ne puisse aussi donner de bons résultats, l'expérience va s'en faire; et puisque le corps médical n'était pas unanime, peut-être est-il bon que l'expérience soit faite.

Nous donnons plus bas la composition du nouveau conseil supérieur de l'instruction publique. Le nom de M. Orfila n'y est pas. Les intérêts médicaux sont remis aux mains de M. Bérard, doyen de la Faculté de Paris; cette nomination a eu l'approbation universelle.

Sont nommés inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur,

Pour les lettres : MM. Eugène Burnouf, Ravaisson, Nisard.

Pour les sciences : MM. Dumas, Le Verrier, Brongniart.

Pour le droit : M. Laferrière.

Pour la médecine : M. Bérard, de l'Académie nationale de médecine, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Le traitement des inspecteurs généraux est fixé ainsi qu'il suit :

Inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, 12,000 francs; inspecteurs généraux de l'enseignement secondaire, 10,000 francs; inspecteurs généraux de l'enseignement primaire, 8,000 francs.

Sont nommés membres du conseil supérieur :

MM. Troplong, Poinsot, Elie de Beaumont, sénateurs;

MM. Baroche, Charles Giraud, Michel Chevalier, conseillers d'Etat;

Monseigneur le cardinal-archevêque de Reims, monseigneur l'archevêque de

Paris, monseigneur l'archevêque de Tours, monseigneur l'évêque d'Arras, monseigneur l'évêque d'Orléans ;

MM. Rodolphe Cuvier, président de l'église consistoriale de la confession d'Augsbourg ; Juillerat, président de l'église consistoriale de la communion réformée ; Franck, vice-président du consistoire central israélite ;

MM. Portalis, premier président de la cour de cassation ; Delangle, procureur général ; Rocher, conseiller à la même cour ;

MM. Thénard, Saint-Marc-Girardin, de Saulcy, Morin, Lélut, membres de l'Institut ;

MM. E. Burnouf, Ravaisson, Nisard, Dumas, Le Verrier, Brongniart, Bérard, inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur ; M. l'abbé Daniel, inspecteur général de l'instruction secondaire ;

MM. l'abbé d'Alzon, chef d'institution libre à Nîmes ; Bellaguet, chef d'institution libre à Paris.

M. Dumas est nommé vice-président du conseil supérieur ; M. Nisard, secrétaire.

— M. P. Dubois a été nommé doyen de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Bérard.

— On lisait ces jours passés dans la *Presse* l'article suivant qui intéressera beaucoup de nos lecteurs :

« Le *Moniteur* doit publier, sous peu de jours, le règlement administratif pour le service médical de l'armée. On exigera que les chirurgiens militaires soient tous reçus docteurs en médecine. Un concours spécial sera ouvert chaque année dans chacune des Facultés de médecine, et huit inscriptions suffiraient pour y être admis. Les candidats qui auraient satisfait au concours seraient placés comme internes au Val-de-Grâce, qui recevrait le nom d'Ecole de médecine militaire. Les internes, après être restés pendant un temps déterminé à cette Ecole, seraient répartis dans les régiments avec le grade de chirurgiens de 2e classe ou de chirurgiens-majors. »

— La *Patrie* dit de son côté :

« On assure que la mesure relative à la limite d'âge, qui a été prise au sujet de la magistrature, va être adoptée à l'égard de plusieurs autres administrations. »

Le bruit a couru, en effet, que les professeurs des Facultés de médecine seraient mis à la retraite à l'âge de 70 ans. Mais, jusqu'à ce jour, le *Moniteur* n'a rien annoncé qui vérifiât ces divers bruits.

— Le président de la République, sur le rapport du ministre de l'instruction publique, a rendu, le 23 février, un décret ainsi motivé et formulé :

Considérant qu'au commencement du siècle, la pile de Volta a été jugée le plus admirable des instruments scientifiques ;

Qu'elle donne : à la chaleur, les températures les plus élevées ; à la lumière, une intensité qui dépasse toutes les lumières artificielles ; aux arts chimiques, une force mise à profit par la galvanoplastie et le travail des métaux précieux ; à la physiologie et à la médecine pratique, des moyens dont l'efficacité est sur le point

d'être constatée ; qu'elle a créé la télégraphie électrique ; qu'elle est ainsi devenue et tend à devenir, comme l'avait prévu l'empereur, le plus puissant des agents industriels ;

Considérant, dès lors, qu'il est d'un haut intérêt d'appeler les savants de toutes les nations à concourir au développement des applications les plus utiles de la pile de Volta,

Décrète :

Art. 1er. Un prix de 50,000 francs est institué en faveur de l'auteur de la découverte qui rendra la pile de Volta applicable avec économie,

Soit à l'industrie, comme source de chaleur,
Soit à l'éclairage,
Soit à la chimie,
Soit à la mécanique,
Soit à la médecine pratique.

Art. 2. Les savants de toutes les nations sont admis à concourir.

Art. 3. Le concours demeurera ouvert pendant cinq ans.

Art. 4. Il sera nommé une commission chargée d'examiner la découverte de chacun des concurrents, et de reconnaître si elle remplit les conditions requises.

— Tandis que certaines personnes persistent à vouloir doter la France de l'enseignement médical libre, voici un des nouveaux fruits qu'il vient de porter en Amérique.

Déjà l'on compte à Philadelphie et même à Boston une ou deux dames médecins. Dans la première de ces villes, un collége médical, spécialement fondé depuis deux ou trois ans par le beau sexe, est déjà suivi par un assez bon nombre d'étudiantes, et quelques-unes d'entre elles se sont vu tout récemment conférer le titre de docteur en médecine. Concurrence toute naturelle, et qui pourra bien devenir dangereuse pour nos confrères américains.

On lit dans le *Précurseur d'Anvers :*

« Voici un trait qui prouve combien, pour certaines choses, la crédulité est générale et grande.

« Le nommé Désiré D....., demeurant à Vracene, naguère simple ouvrier en lin, vient de se déclarer docteur de son autorité privée. Il guérit tous les maux par le simple attouchement de la main, accompagné de quelques mots. Un millier de personnes, parmi lesquelles il en est qu'on peut ranger dans la classe des gens éclairés, se sont déjà présentées chez lui. La ville de Saint-Nicolas et les communes de Saint-Gilles, Stekene, etc., ont fourni leur contingent. Il y a des individus qui se disent entièrement rétablis, mais la plupart s'en retournent mécontents. Les Hollandais viennent surtout le trouver. On a vu jusqu'à douze et quinze voitures devant la maison où il donne ses audiences.

« Cet individu a visité notre ville hier, et les visiteurs crédules ne paraissent pas lui avoir fait défaut. »

Paris, impr. de Paul Dupont, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 45.



REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

AVRIL 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Mémoire sur la broncho-pneumonie vésiculaire chez les enfants; par les docteurs **Barthez** et **Rilliet**, *médecins des hôpitaux de Paris et de Genève.* (*Suite et fin.*)

B. *Vacuoles pulmonaires.*

Les vacuoles sont des cavités non anfractueuses, situées à la surface ou à la profondeur du poumon, communiquant avec les bronches dont elles paraissent être la continuation, contenant, soit de l'air, soit du muco-pus, soit plus souvent tous les deux réunis. Plus volumineuses que les granulations purulentes uniloculaires, elles présentent, lorsqu'elles ne contiennent que du pus, les mêmes caractères qu'elles, et n'en diffèrent que par leur volume plus considérable. Les plus petites, en effet, pourraient loger un pois, les plus grosses un œuf de moineau ou même de pigeon ; les premières peuvent ne contenir que du muco-pus, les secondes renferment toujours en même temps de l'air. Les parois de ces cavités sont minces, lisses, transparentes, parfois injectées, semblables à celles des plus petites bronches avec lesquelles elles se continuent sans solution de continuité apparente ; elles siégent dans l'épaisseur du poumon ou à sa surface. Dans le premier cas, le tissu qui les entoure est ou aéré et sain en apparence, ou congestionné et imperméable à l'air ; dans le second, elles font à l'extérieur une saillie arrondie, transparente, dont la paroi est formée par la plèvre doublée du tissu cellulaire, et, dans certains cas, sans doute par les membranes

amincies de la vésicule bronchique dilatée. Cette saillie, qui simule l'emphysème, s'affaisse par une simple piqûre. MM. Bailly et Legendre ont constaté que l'insufflation les distend et les rend plus apparentes.

Il peut arriver qu'un poumon ne contienne qu'une seule vacuole, ou, s'il y en a plusieurs, qu'elles soient isolées les unes des autres, ou bien qu'elles soient voisines et comme agglomérées dans un point donné du poumon; alors la coupe de l'organe présente une surface alvéolaire formée par plusieurs cavités arrondies communiquant entre elles et avec les bronches. La communication se fait au moyen d'une simple demi-cloison, ou de petits canaux cylindriques qui sont des bronches ordinairement dilatées.

Nous avons toujours constaté la dilatation et la phlegmasie des bronches qui aboutissent aux vacuoles, en sorte que, jusqu'à présent, ces deux lésions nous paraissent être une des conditions essentielles à l'existence de ces cavités.

Il n'est pas rare de rencontrer, concurremment avec elles, des noyaux de bronchite vésiculaire, justifiant par leur présence la filiation que nous établirons bientôt entre ces deux lésions anatomiques.

Si nos chiffres étaient plus nombreux, nous dirions que l'âge n'a qu'une médiocre influence sur la production des vacuoles ; que la force du malade la favorise, et qu'elles ne se développent que lorsque la maladie a duré quelque temps.

Ces cavités ne sont pas des abcès, car elles contiennent un liquide semblable à celui des bronches, ne sont pas tapissées par une fausse membrane, ne sont pas entourées de tissu hépatisé. Les bronches qui y conduisent semblent se continuer avec elles, et ne présentent pas une véritable solution de continuité. — Il est impossible de les confondre avec des petites cavernes, en raison de l'absence de tubercules autour d'elles ou même dans le reste de l'organe, et aussi parce que le tissu voisin n'a pas subi l'induration particulière aux affections de longue durée; enfin, elles ne sont pas de l'emphysème interlobulaire avec suppuration, parce qu'elles communiquent avec les bronches, contiennent le même liquide qu'elles, et sont distendues par l'insufflation, caractères que l'emphysème interlobulaire ne présente jamais.

L'analogie est plus frappante avec l'emphysème vésiculaire. Cette analogie, que nous avions notée dès 1838, a frappé aussi MM. Legendre et Bailly ; bien plus, ils affirment que le siége de ces deux lésions est identiquement le même, et disent avoir vu, chez des vieillards, des vacuoles regardées comme des excavations emphysémateuses, et qui cependant, outre l'air, renfermaient du muco-pus.

Cette analogie remarquable ou cette identité, d'après MM. Behier et Hardy, nous paraît justifier l'opinion que nous avions primitivement émise, en considérant ces vacuoles comme le résultat de la dilatation sans rupture des vésicules bronchiques. Le fait paraît impossible à ces deux auteurs, et c'est là la seule raison contradictoire qu'ils nous opposent. Or, Laennec et, après lui, notre savant maître M. Louis, ont décrit

un premier degré de l'emphysème vésiculaire, dans lequel les vésicules dilatées peuvent acquérir jusqu'au volume d'un noyau de cerise (1). Ce n'est que plus tard et lorsque cette dilatation a atteint ses limites que les cellules sont déchirées et forment des espèces d'appendices.

Il est donc possible que les vésicules pulmonaires se dilatent d'une manière notable sans se rompre.

M. Barrier nous a fait une objection en apparence plus sérieuse, en disant que les vacuoles sont immédiatement sous-jacentes à la plèvre, ou en contact les unes avec les autres, et que, si elles n'étaient que dilatées, leurs parois devraient être formées par autre chose que la plèvre seule ou par les parois des cellules voisines. Cette objection n'est que spécieuse, car la même disposition existe dans l'emphysème vésiculaire. La plèvre transparente paraît exister seule ; mais, en réalité, elle est doublée par les tissus cellulaire et membraneux, transparents aussi, qui forment les parois des vésicules. M. Barrier admet, d'ailleurs, que chaque lobule pulmonaire est composé d'une membrane d'enveloppe renfermant un tissu spongieux ; celui-ci serait formé par l'assemblage de cellules communiquant toutes entre elles. Le tuyau bronchique qui y aboutit ne pénétrerait point dans le lobule, mais cesserait en y entrant ou plutôt se continuerait avec la membrane d'enveloppe, comme le goulot d'une bouteille se continue avec le corps du vase. Il regarde donc la vacuole pulmonaire comme un lobule dont le tissu spongieux intérieur a éprouvé une fonte purulente.

Cette manière de comprendre la structure du poumon est complétement détruite par ce fait que les vésicules pulmonaires peuvent devenir isolément malades. Et il faut ajouter que les idées émises par M. Cruveilhier sur la structure du poumon n'ont pas été adoptées par la majorité des anatomistes. On admet généralement que la vésicule est formée par l'extrémité arrondie de chaque ramuscule bronchique; qu'un certain amas de ces vésicules indépendantes les unes des autres, et ne communiquant que par l'intermédiaire du rameau bronchique, constitue le lobule ; et que ce groupement des vésicules en lobules paraît être une condition assez secondaire. (Ollivier, *Dict. de médecine.*)

Or, ces idées, confirmées par l'anatomie pathologique, s'accordent aussi tout à fait avec le fait de la dilatation possible et isolée d'une des vésicules, aussi bien qu'avec celui d'une fonte purulente d'un lobule ou d'une portion de lobule, succédant à la bronchite vésiculaire.

Il nous semble, en effet, d'après la description que nous avions donnée en 1838, de la vacuole pulmonaire, d'après les détails qu'y ont ajouté MM. Barrier, Bailly et Legendre, et enfin, d'après les idées que nous

(1) « Tant que la maladie se borne là, dit Laennec, l'air est encore renfermé dans ses vaisseaux propres ; et la maladie consiste en une dilatation permanente, excessive et contre nature des cellules aériennes. »

« Les cellules, dit M. Louis, sont dilatées à divers degrés, depuis le volume d'un grain de semoule jusqu'à celui d'un pois de petite dimension. »

avons émises sur la structure de la granulation purulente, que l'on peut admettre deux formes ou, si l'on veut, deux degrés de la lésion qui nous occupe. L'une, simple dilatation de la vésicule pulmonaire, est l'exagération de notre première forme de bronchite vésiculaire : la vésicule dilatée outre mesure, ouverte dans un ramuscule bronchique dilaté lui-même, donne facilement accès à l'air et forme ainsi une poche unique contenant à la fois de l'air et du muco-pus. Dans une autre forme, les granulations purulentes résultant de la suppuration intra et extra vésiculaire, la muqueuse et le tissu celluleux ramollis par l'inflammation n'ont pu, sans se rompre, se prêter à une distension aussi grande et ont fini par communiquer l'une avec l'autre. De là, ces vacuoles volumineuses qui occupent la totalité d'un lobule ou même plusieurs lobules accolés ; de là, les séparations formées par des canaux dilatés ou par des demi-cloisons, ou même « par des filaments celluleux que la dessiccation, après insufflation, met parfaitement en évidence. » (Legendre et Bailly, p. 212.)

Conclusions générales sur l'anatomie pathologique de la broncho-pneumonie.

Les lésions que nous avons décrites, dans ce travail ou dans les précédents, sont loin de constituer tous les éléments dont se compose l'expression anatomique de la broncho-pneumonie. Celles que nous passons aujourd'hui sous silence seront étudiées dans la prochaine édition de notre Traité des maladies des enfants. Nous voulons cependant les énumérer, afin de pouvoir, dès à présent, les considérer dans leur ensemble.

Excès et altération de la sécrétion bronchique; fluxion sur la membrane muqueuse, non démontrée par l'autopsie (1), bronchite capillaire, dilatation aiguë des petites bronches, dilatation des vésicules, granulations purulentes, vacuoles, fluxions plus ou moins rapides sur le parenchyme, congestion inflammatoire lobulaire ou généralisée, hépatisation partielle ou pseudo-lobaire, abcès, carnification et même carnisation; tels sont les éléments anatomiques nombreux, phlegmasiques ou non inflammatoires qui, par leur association, constituent un ensemble morbide, variable dans sa forme, mais dont le point de départ est unique.

Parmi ces lésions, les unes appartiennent aux bronches, les autres au tissu du poumon; quelques-unes, telles que la granulation purulente et la vacuole, tiennent des deux autres espèces (2).

Ainsi, au point de vue du siége, les lésions sont bronchiques, pulmo-

(1) Voir notre Mémoire, publié dans les *Archives*, octobre et novembre 1851.

(2) Par ces mots, nous entendons parler seulement du siége anatomique; car, au point de vue de l'espèce de lésion, la différence est entière, et la granulation purulente est une phlegmasie différente de la congestion lobulaire ou de l'hépatisation partielle, et n'en est pas un degré.

naires ou broncho-pulmonaires. Jusqu'à ces derniers temps, on a séparé les premières des secondes, c'est-à-dire qu'on a décrit à part la bronchite capillaire et la pneumonie lobulaire, tout en reconnaissant l'intimité des rapports qui unissent ces deux maladies. MM. Legendre et Bailly, séparant la congestion lobulaire de l'hépatisation partielle, ont exclusivement rattaché la première au catarrhe. D'accord avec eux sur ce dernier point, nous ne partageons pas leur avis sur le premier. Nous avons déjà donné quelques preuves de la réalité du lien qui unit l'hépatisation partielle au catarrhe (1); plus tard, nous y insisterons encore. Aujourd'hui nous nous bornerons à établir la solidarité qui existe entre les altérations des bronches et celles du tissu pulmonaire.

Presque spéciales à la première enfance, ces lésions sont toutes fréquentes jusqu'à l'âge de cinq ou six ans; passé cette époque de la vie, c'est par exception qu'elles peuvent être constatées; et cette loi est la même pour toutes (2). Toutes aussi siégent à peu près constamment des deux côtés de la poitrine. Si, souvent, l'un des poumons est plus malade que l'autre, les deux sont presque toujours atteints, et c'est par exception très-rare que l'on voit les lésions bronchiques doubles s'accompagner d'une lésion pulmonaire simple. Enfin (et cette dernière raison nous paraît péremptoire), là où l'anatomie pathologique démontre une des lésions bronchiques, là aussi on est à peu près certain de trouver une lésion pulmonaire. D'autre part, là où existe une des lésions du parenchyme, on démontre avec presque certitude une ou plusieurs des lésions des conduits aériens, soit par l'auscultation, soit par l'investigation anatomique.

Les lésions bronchiques nous paraissent être, dans la grande majorité des cas, le point de départ et la cause des lésions pulmonaires. Le fait

---

(1) Voyez notre Mémoire dans la *Gazette des hôpitaux*.

(2) Le travail si remarquable de M. Fauvel démontre que, lorsque la bronchite se développe chez l'adulte, ses caractères sont à peu près les mêmes que chez l'enfant. Le travail congestif et inflammatoire en est peut-être cependant une conséquence moins fréquente; la vigueur et la profondeur plus grande des mouvements inspiratoires est sans doute la cause de ce fait. La même maladie redevient très-fréquente dans la vieillesse, et bien des travaux récents ont reproduit, pour la broncho-pneumonie des vieillards, les assertions émises par MM. Legendre et Bailly. S'il nous était permis de juger par quelques faits trop peu nombreux, nous dirions que la plupart des détails anatomiques précédents peuvent être constatés dans la vieillesse, avec quelques différences dues à l'âge.

Il est bien entendu qu'en parlant ainsi, nous désignons les faits seuls qui peuvent avoir trait à la maladie que nous décrivons, car l'on voit des bronchites plus ou moins capillaires, des dilatations des bronches, de la congestion ou de l'hépatisation accompagner des tubercules. Ces lésions peuvent alors être isolées les unes des autres et ne reconnaissent plus le catarrhe pour point de départ. Mais, en dehors de ces circonstances et autres analogues, dans lesquelles le plus souvent une cause locale explique le développement de l'une ou de l'autre lésion bronchique ou pulmonaire, la proposition que nous émettons est éminemment vraie.

nous semble démontré par la fréquence du catarrhe antérieur (capillaire ou non), par le degré peu avancé, la petite étendue et la dissémination des lésions du parenchyme dans les premiers jours de la maladie. On comprend même que si la lésion des bronches se développe rapidement sur une grande étendue de l'arbre respiratoire, la mort peut survenir avant que les lésions pulmonaires se soient produites. C'est ainsi que M. Fauvel les a vues manquer deux fois sur huit, et c'est à la rapidité avec laquelle est survenue la mort qu'il attribue leur absence. Ces faits rares, qui démontrent l'antériorité des lésions bronchiques, n'autorisent pas la séparation de la broncho-pneumonie en deux maladies distinctes (1).

Cependant, nous ne serions pas éloigné d'admettre que, dans un certain nombre de cas, le catarrhe est simultané ou peut-être même postérieur à l'altération du parenchyme (2).

Quoi qu'il en soit, les lésions bronchiques sont loin de parcourir toutes leurs périodes et de subir toutes leurs transformations avant le développement des lésions pulmonaires. Celles-ci naissent tantôt dès le début, tantôt pendant le cours des premières; marchent concurremment avec elles en poursuivant leurs transformations propres : et le mélange de toutes ces lésions, soit à divers degrés, soit en nombres divers, constitue des formes anatomiques nombreuses, variées, et qu'il faut renoncer à représenter toutes, à moins de donner la description de la plupart des cas particuliers qu'on est à même d'observer.

Cependant, nous croyons qu'on peut les rapporter à plusieurs types anatomiques principaux :

1° Dans une première forme, les lésions bronchiques dominent; elles sont étendues, nombreuses, plus ou moins variées; la sécrétion bronchique altérée, abondante, remplit les conduits aériens capillaires d'une grande partie des deux poumons; quelques rares noyaux de congestion ou d'hépatisation sont disséminés dans le parenchyme, l'organe reste volumineux, souple, crépitant, plus léger que l'eau. Dans ce groupe il

---

(1) Ce sont là, en effet, des différences de forme analogues à celles qui existent dans toutes les maladies qui peuvent entraîner la mort avant que le mal ait parcouru toutes ses phases.

(2) Cette circonstance se présenterait : 1° dans des cas où la congestion hypostatique serait le fait dominant et primordial eu égard au catarrhe; 2° dans les cas rares où l'on découvre à l'autopsie un certain nombre de noyaux pneumoniques (congestion lobulaire ou hépatisation partielle), en général petits et clairsemés au milieu du parenchyme, et qui indiquent que l'inflammation disséminée peut exister sans catarrhe, ou peut-être le précède. L'auscultation, en effet, ne donnant pas le moyen de constater ces faits pendant la vie, on ne peut pas affirmer que certaines broncho-pneumonies n'aient pas commencé de cette manière; 3° enfin, dans les cas rares aussi où la fluxion pulmonaire aiguë apparaît au début et domine la maladie, le catarrhe bronchique étant presque nul. (Voir les observations contenues dans notre Mémoire publié dans les *Archives*.)

faudrait ranger les faits probables de congestion bronchique suraiguë avec gonflement de la muqueuse, faits dont l'autopsie ne démontre pas l'existence ;

2° Ailleurs c'est la congestion qui, à première vue, frappe surtout. Alors le poumon est violet et flasque, bien que gonflé ; il est solide, non aéré, plus lourd que l'eau : et cet état existe sur une portion considérable des deux lobes inférieurs. Mais la moindre attention suffit pour démontrer que, dans ce cas, les lésions bronchiques sont en rapport avec les lésions du parenchyme ; les bronches de ces parties sont rouges, dilatées, gorgées de mucosités purulentes ; ou bien, sur le fond violet de la partie congestionnée, se détachent les grains purulents de la bronchite vésiculaire qui rendent la surface de la coupe inégale, mamelonnée, et leur donnent un aspect granitique. Ailleurs, ces inégalités et ces mamelons sont produits par les noyaux plus rouges et plus saillants de l'hépatisation partielle.

Cet état du poumon, borné en général aux lobes inférieurs ou au bord postérieur, laisse voir dans les autres parties des noyaux disséminés de congestion ou d'hépatisation, ou même de la carnification, ou encore les grains de la bronchite vésiculaire, ou un petit nombre de vacuoles;

3° Dans des cas nombreux, intermédiaires au premier et au second type, ces noyaux de congestion, abondants et volumineux, sont répandus partout et nullement généralisés ;

4° Dans une quatrième forme, c'est l'hépatisation qui domine et qu'on trouve disséminée dans tout l'organe, mêlée ou non à du tissu congestionné, et parfois arrivée jusqu'à suppuration ; ou bien encore les noyaux d'hépatisation, volumineux, rapprochés, confondus, rappellent l'hépatisation lobaire;

5° Enfin, on voit des cas assez peu nombreux où la carnification est la lésion dominante.

Nous avons essayé d'indiquer les circonstances qui favorisent le développement de chaque lésion anatomique, et l'on comprend dès lors dans quelles occasions ce type anatomique pourra être rencontré de préférence à tel autre. Ainsi, chez un enfant robuste, bien portant, ou non encore affaibli par une maladie longue, on verra se développer de préférence les formes bronchiques générales à marche très-rapide, ou bien les formes pulmonaires inflammatoires, telles que l'hépatisation ou la congestion active. Au contraire, chez les enfants faibles ou débilités, on verra de préférence les catarrhes bronchiques et non vésiculaires, les congestions passives, qu'elles soient rapides ou lentes, la carnification mélangée à toutes les formes des lésions catarrhales.

Présentée de cette manière, l'anatomie pathologique de la broncho-pneumonie a une utilité réelle ; mais elle acquiert une autre espèce d'intérêt lorsque, réunissant les résultats qu'elle fournit à ceux de l'étiologie, de la symptomatologie et de la thérapeutique, on considère la maladie au point de vue pathogénique. Il s'agit alors de déterminer

quel est le point de départ de cet ensemble de lésions et de symptômes si nombreux et si différents par le siége comme par l'espèce.

Or, pour beaucoup de médecins, tout est le résultat d'une inflammation pure et simple. Une phlegmasie a envahi les bronches capillaires, les vésicules, le parenchyme du poumon; et toutes les différences qui existent entre la broncho-pneumonie et la pneumonie lobaire franche tiennent au siége spécial de la phlogose; si certaines lésions ne sont pas inflammatoires, elles sont presque uniquement le résultat mécanique des premières.

Il est certain qu'une partie des symptômes et des lésions peut et doit être expliquée par leur siége. Nul doute à cet égard, et le fait devient évident lorsque, constatant l'identité des affections catarrhales de l'arbre respiratoire, on recherche les différences qu'elles présentent suivant la diversité du siége. Mais, de cette étude même, il résulte aussi qu'elles sont loin d'être identiques aux phlegmasies franches : l'étiologie, la symptomatologie, la thérapeutique des catarrhes ne sont pas celles des inflammations simples.

Aussi beaucoup de médecins, et nous sommes de ce nombre, ont-ils cherché dans l'état général du malade la cause de ces particularités. Frappés de ce fait que la broncho-pneumonie est la conséquence fréquente d'affections spécifiques (rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde), ils ont admis qu'elle a pour ainsi dire revêtu la spécificité des maladies dans le cours desquelles elle se développe, et qu'à cette cause elle doit ses caractères spéciaux.

Mais cette idée ne suffit pas encore, car la broncho-pneumonie ne présente pas des caractères sensiblement différents, bien que les affections qu'elle complique aient une spécificité différente; en outre, elle conserve ces mêmes caractères lorsqu'elle succède à des maladies nullement spécifiques par elles-mêmes. Aussi, avons-nous pensé que c'était simplement parce qu'elle était secondaire et non pas seulement spécifique, qu'elle différait des phlegmasies franches et primitives. C'est là, en effet, une des idées fondamentales qui a présidé à la rédaction de notre ouvrage, à savoir : la distinction des maladies primitives et secondaires.

Mais peut-être faut-il aller plus loin encore pour atteindre la vérité. Les caractères qui séparent la broncho-pneumonie des phlegmasies franches persistent même lorsqu'elle ne peut plus être rattachée à une maladie antérieure, c'est-à-dire lorsqu'elle est primitive ou lorsqu'elle survient comme accident d'un fait physiologique : la dentition par exemple. Enfin, les influences épidémiques qui donnent naissance à cette maladie, la constitution spéciale que présentent les enfants qui y sont sujets, le caractère non inflammatoire et non mécanique de quelques-unes des lésions qui la constituent, engagent à poser cette question : La broncho-pneumonie n'a-t-elle pas une spécificité qui lui soit propre; n'est-elle pas l'expression d'un état particulier différent de l'inflammation, c'est-à-dire l'affection catarrhale considérée non plus comme un acte morbide, mais comme un état morbide général?

Mais ici nous nous arrêtons. Le catarrhe et l'inflammation ne sont-ils qu'un seul et même état morbide, ou bien doit-on les séparer? Question indécise pour les uns, résolue en sens inverse pour les autres, question que nous ne pouvons pas résoudre et que nous ne voulons pas discuter ici, car elle sortirait des limites étroites que nous devons nous imposer.

De la ponction abdominale dans la tympanite; par **M. Labric,** *D. M. P., interne des hôpitaux* (1).

Un fait d'un certain intérêt, que je rapporte avec détails à la fin de ce travail, est venu se présenter à mon observation dans le cours de l'année 1851 : un homme de cinquante ans eut une tympanite symptomatique d'un obstacle au cours des matières fécales; afin de donner issue aux gaz qui distendaient l'intestin, on fit la ponction de l'abdomen, ce qui amena un grand soulagement pour le malade et des selles très-abondantes.

Conduit, par cette observation, à faire quelques recherches sur la ponction dans la tympanite, j'ai rassemblé tous les faits que j'ai trouvés se rattachant à ce sujet, et j'en ai tiré diverses conclusions qui peuvent être, si je ne m'abuse, de quelque utilité dans la pratique.

Les gaz qui distendent l'abdomen peuvent se rencontrer, ou bien dans le tube digestif, ou bien dans le péritoine; de là deux espèces de *tympanite* : 1° tympanite intestinale; 2° tympanite péritonéale. La ponction peut s'appliquer à chacune de ces deux espèces de tympanite; mais les faits qui se rattachent à la tympanite péritonéale étant, pour la plupart, obscurs et équivoques (2), il ne sera ici question que de la ponction dans la tympanite intestinale.

Cette opération est pratiquée très-fréquemment sur les animaux par les médecins vétérinaires. Les animaux qui présentent de la tympanite sont les bestiaux; les bœufs et les moutons en sont surtout atteints lorsqu'ils ont mangé une grande quantité de certains fourrages humides de rosée ou de pluie; ainsi, par exemple, le trèfle nouveau. Le siége de la tympanite chez ces animaux est la panse (*rumen*), d'où le nom d'*empansement* qu'on lui a donné.

Les vétérinaires pratiquent cette opération avec un trocart qui, en donnant issue à une grande quantité de gaz, soulage immédiatement l'animal, souvent prêt à expirer quand on l'opère, et amène promptement sa guérison.

Chez l'homme, on est loin d'être d'accord sur l'opportunité de cette

---

(1) Ce travail est extrait de la thèse inaug. de l'auteur, Paris, 1852.

(2) L'auteur a recueilli dans sa thèse un certain nombre de ces cas de tympanite présumée péritonéale où la ponction a été pratiquée; on pourra donc la consulter encore utilement à cet égard.

opération; quelques auteurs la rejettent complétement, d'autres au contraire la conseillent. Ainsi, Mérat, à l'article *Météorisme* (*Dict. des sciences méd.*), il s'exprime de la sorte : « Ce moyen ne guérira pas la maladie, il peut la modifier de manière à lui permettre d'arriver à la guérison ; et, n'eût-il que l'avantage de soulager momentanément des gens qui suffoquent sous le ballonnement énorme des intestins, il procurerait déjà un grand bien. »

La péritonite est presque le seul accident que l'on ait à redouter de la ponction intestinale, c'est aussi celui qui a fait reculer bon nombre de praticiens devant cette opération.

Dans ce cas, doit-on attribuer la péritonite à la piqûre du péritoine pariétal? Je ne le crois pas, car la paracentèse que l'on pratique dans l'ascite intéresse bien le péritoine pariétal, et il est bien rare que la péritonite en soit la conséquence. Il ne faudrait donc en accuser que la piqûre intestinale, qui aurait laissé échapper dans la cavité du péritoine les matières contenues dans l'intestin. Mais l'épanchement dans le péritoine est-il une conséquence forcée de cette piqûre intestinale?

Pour répondre à cette question, nous ne pouvons faire mieux que de citer les paroles de M. Jobert, dans son *Traité des maladies du canal intestinal* :

« Lorsque les instruments piquants, sans produire de déchirement, ont pénétré directement dans l'intestin, les bords se rapprochent, et le corps introduit se trouve serré entre eux ; aussitôt qu'il est retiré, l'espace disparaît, et la cicatrisation est prompte. Si, comme je l'ai fait, dit toujours M. Jobert, on transperce les intestins des animaux avec une aiguille, voici ce que l'on remarque ; à mesure qu'on l'introduit ; les fibres s'écartent, la serrent, et, à sa sortie, il s'écoule un peu de sang; le rapprochement est prompt, et la guérison rapide.

« Il en serait de même pour les instruments plus volumineux, un stylet, une épée, etc., tant qu'il n'y aurait pas grande perte de substance. Ceci explique pourquoi l'acupuncture de l'intestin n'a rien de grave ; pourquoi on a conseillé la ponction dans le cas d'étranglement avec amas de gaz dans la cavité de l'intestin. »

Parmi les faits directs qui peuvent être invoqués à l'appui, nous citerons l'observation II et celle de Levrat. M. Piedagnel nous a communiqué un fait de fièvre typhoïde où l'on fit une ponction intestinale pour une tympanite. A l'autopsie, on ne trouva aucune trace de piqûre, et il n'y avait pas de péritonite.

Pour pratiquer la ponction intestinale, on a proposé successivement l'aiguille et le trocart. Mais la supériorité du trocart nous paraît être bien établie.

Le trocart à employer devra être du plus petit calibre possible, pourvu toutefois que ce calibre soit assez considérable pour laisser échapper les gaz intestinaux ; car on aura dès lors plus de chances pour que la piqûre de l'intestin n'entraîne point de déchirures des fibres musculaires, et par conséquent ne permette pas la sortie des matières intestinales, quand on retirera la canule. Ces conditions sont

remplies par le trocart dit *explorateur*. Levrat, en 1823, fit faire, pour la ponction intestinale, une espèce de trocart qui semble complétement analogue à celui que nous venons de nommer.

Il n'y a point à indiquer de lieu précis où l'on doive pratiquer la ponction ; il faudra s'assurer seulement que le point qu'on ponctionne est bien sonore, et, autant que possible, faire cette ponction sur la ligne médiane, ou dans une portion aponévrotique, afin que les tissus à traverser soient moins épais; on aura ainsi moins à craindre quelque hémorragie que si l'on traversait du tissu musculaire. On doit choisir le point de l'abdomen qui se trouve le plus saillant, et, si les circonvolutions intestinales se dessinent à travers les parois abdominales, ce sera pour l'opérateur un guide certain.

L'instrument doit être dirigé perpendiculairement à la surface abdominale, pour permettre à la canule, quand on aura enlevé l'aiguille du trocart, de suivre facilement, en quelque sens que ce soit, le trajet que l'intestin aura à parcourir lors de son affaissement.

On pourrait, au lieu de ponctionner directement, ce qui quelquefois nécessite un effort considérable de la part du chirurgien et de la douleur pour le malade, car la peau ne se laisse que difficilement percer par le trocart et fuit devant la pointe ; on pourrait, disons-nous, inciser préalablement la peau, comme on le fait pour l'opération de la thoracentèse, d'après les conseils de M. le professeur Trousseau, et pour la ponction intestinale chez les animaux, d'après M. Hurtrel d'Arboval (*Dict. de méd. et chir. vétérinaires*).

Doit-on laisser à demeure la canule du trocart pendant un certain temps, après l'opération, ou doit-on la retirer immédiatement? Nous croyons que la première proposition doit être admise, car plusieurs circonstances viennent militer en faveur de cette pratique. D'abord, il peut être bon de ne retirer les gaz qu'à diverses reprises, pour ne point amener un affaissement trop subit de l'abdomen; de plus, il se peut que les gaz ne s'échappent de l'intestin par la canule qu'avec une certaine lenteur, à cause des circonvolutions intestinales qui empêchent les gaz contenus dans certaines portions de l'intestin de communiquer avec la canule : il faut donc attendre le mouvement péristaltique, qui ne se réveille que petit à petit dans les portions où les gaz sont évacués, pour que les gaz des circonvolutions encore distendues se trouvent en communication avec la canule.

L'observation de Levrat et celle que nous avons recueillie semblent venir à l'appui de cette pratique, et prouvent aussi que le séjour prolongé de la canule, comme cause d'irritation pour les tissus qu'elle traverse, ne donne lieu à aucun accident, mais à la condition de ne laisser la canule à demeure que pendant plusieurs heures.

M. Hurtrel d'Arboval rapporte que, chez les animaux, cette pratique est toujours adoptée, et même la canule du trocart est faite de manière à recevoir des lacs qui sont destinés à la fixer ; mais, ici, c'est seulement afin que si les gaz se renouvellent promptement, il n'y ait point

lieu de faire une nouvelle ponction. Il peut arriver que, chez l'homme, dans certains cas, on ait aussi la même crainte, et que ce soit une nouvelle raison pour laisser à demeure la canule pendant plusieurs heures.

Avant de pratiquer la ponction, on devra encore s'assurer que ce n'est point dans le côlon que se trouvent les gaz qui distendent l'abdomen ; car, dans ce cas, une sonde ordinaire, introduite dans le rectum, peut quelquefois leur donner une issue facile. Il en serait de même, si l'on soupçonnait que ces gaz sont dans l'estomac; dans ce cas, une sonde œsophagienne suffirait pour en débarrasser cet organe.

Obs. I.—*Tympanite intestinale avec obstacle au cours des matières fécales; ponction.* (Hôpital de la Pitié, service de M. Piédagnel.)

Au n° 31 de la salle Saint-Michel, entra, le 14 juin 1850, le nommé Prevost, âgé de cinquante ans, d'une assez forte constitution, n'ayant jamais fait de maladies graves, et jouissant habituellement d'une bonne santé. Cependant, depuis deux ou trois mois, il a été pris deux fois tout à coup, sans cause appréciable, de ballonnement du ventre, avec douleurs et constipation ; il a pris ces deux fois une forte infusion d'anis, et, au bout de deux jours, il a été à la selle, a rendu beaucoup de gaz par l'anus, et a été beaucoup soulagé. Le 9 juin, il a été encore pris tout à coup de douleurs dans le ventre, avec gonflement considérable et constipation ; il a été pris, le 13, de hoquet, sans envies de vomir ni vomissements, mais rapports aigres. Cet homme attribue cet état à une grande fatigue. En ville, on lui a mis des sangsues au creux de l'estomac, et on lui a donné une potion avec 30 grammes d'huile de ricin, puis du sulfate de magnésie ; mais le malade n'a éprouvé aucun soulagement et n'a point eu de garde-robe; une partie de la potion purgative a été vomie.

Le 14, le malade présente l'état suivant : facies fortement altéré, yeux caves, traits tirés, hoquet continuel, pas de vomissements, ventre fortement ballonné, partout sonore, pas de garde-robe, le malade ne rend pas de gaz par l'anus. En examinant les anneaux cruraux et inguinaux, on trouve une hernie intestinale gauche que le malade porte depuis fort longtemps, qui ne s'est jamais étranglée, et qui, maintenant, est parfaitement réductible. Le pouls est assez fort, donnant 92 pulsations par minute, il est régulier; la respiration est accélérée ; rien au cœur; cependant, le malade dit avoir quelquefois des étouffements ; urines peu abondantes ; on ne constate pas d'accumulation d'urine dans la vessie. — *Lav. purgatif, boissons froides.*

Le 15. Le lavement purgatif n'a point eu d'effet; le malade est dans le même état qu'hier, il n'a point dormi de la nuit, du reste comme depuis cinq jours; les parois du ventre sont toujours fortement distendues, peu douloureuses à la pression ; cependant, le malade accuse une douleur assez obscure dans la fosse iliaque droite ; on obtient partout, à la percussion, une sonorité considérable. Le foie et le cœur sont refoulés en haut, ainsi que les poumons, ce qui explique la gêne de la respiration. Pas de fièvre. On introduit par l'anus une sonde ordinaire, qui ne rencontre aucun obstacle et ne donne issue à aucun gaz. — *Potion avec huile ricin, 30 grammes; huile de croton, 2 gouttes; bains; boissons froides; cataplasmes sur le ventre.*

Le 16. Même état ; le ventre est augmenté de volume, il est plus tendu ; le ma-

lade n'a pas été à la selle. — *Electricité, douches ascendantes froides, frictions d'huile de croton sur l'abdomen.*

Le 17. Hier matin, le courant électrique que l'on a établi entre l'estomac et l'anus, environ pendant cinq minutes, a occasionné de faibles coliques, et rien de plus. La douche ascendante froide n'a point donné de meilleur résultat; elle a été donnée avec l'irrigateur Eguisier, et on a pu faire pénétrer environ un litre et demie d'eau. Ce matin, le ventre, encore plus ballonné, est assez uniformément distendu, la respiration est plus gênée; du reste, même état. On introduit jusque dans l'estomac une sonde œsophagienne, pensant que cet organe est rempli de gaz, mais rien ne s'échappe par la sonde. — *Même traitement que la veille.*

Le 18. Hier soir, on a été obligé de sonder le malade, et l'on a retiré trois verres d'urine environ. Ce matin, le ventre est plus douloureux que les jours précédents, partout il est sonore; la sonorité remonte, à gauche, jusqu'au mamelon; à droite, jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon; on entend les bruits du cœur sous la clavicule gauche. Les circonvolutions intestinales, énormément distendues par les gaz, ne se dessinent pas à travers la paroi abdominale; il y a seulement une dépression circulaire de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Dans la fosse iliaque droite, le ventre est plus douloureux à la pression que partout ailleurs; on ne sent pourtant rien de particulier. A la mensuration, l'abdomen donne 140 centimètres de circonférence. L'oreille perçoit quelques borborygmes. Le facies est fortement altéré, le teint terreux; pas de sommeil la nuit, soif vive, hoquet continuel, pas de vomissements; malgré les douches, on n'a toujours point obtenu de garde-robe. Le pouls marque 108 pulsations par minute; la respiration est très-accélérée. On s'assure que la hernie est parfaitement réductible.

M. Piédagnel appelle M. Michon en consultation, et ils décident qu'il y a lieu de pratiquer la ponction intestinale. M. Michon la fait avec un trocart explorateur, à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane. On enfonce le trocart aux deux tiers et perpendiculairement à la surface abdominale. L'aiguille retirée, il sort par la canule une quantité considérable de gaz avec quelques gouttes de matière noirâtre liquide répandant l'odeur de matières fécales. Le ventre diminue considérablement, les parois deviennent souples, le malade respire plus facilement, le cœur bat au niveau du mamelon, le pouls présente la même fréquence qu'avant l'opération. On sent de nombreux borborygmes sous la main qui comprime les parois abdominales. La canule du trocart, de perpendiculaire qu'elle était lors de l'opération, devient oblique de haut en bas et d'avant en arrière, à mesure que les gaz s'échappent.

On laisse la canule à demeure, on la fixe avec une petite bande de diachylon, on comprime modérément le ventre avec des bandages de corps, que l'on mouille en avant avec de l'eau fraîche, et que l'on recouvre d'une vessie remplie de glace.

Après l'opération, le ventre donne un mètre de circonférence.

Le 18, *au soir.* Trois quarts d'heure environ après l'opération, le malade a été à la selle; il a rendu des matières liquides, noirâtres, mêlées de gaz. Depuis, il a été au moins quinze fois, rendant à chaque fois une quantité considérable de matières. Le hoquet a cessé, la respiration est assez calme, et la face exprime la joie; le pouls marque 100 pulsations par minute, égales et régulières; pas de miction; on obtient un litre d'urine par le cathétérisme. Le malade n'accuse de douleur qu'au niveau de la fosse iliaque, qui est sonore comme le reste de l'abdomen. On sent du gargouillement à la pression.

On retire la canule du trocart, par laquelle, au dire du malade, il n'est sorti aucun gaz depuis la visite du matin. — *On recouvre la plaie avec un morceau de diachylon, on réapplique les bandages de corps, et on maintient toujours la glace sur le ventre.*

Le 19. Le malade a eu cette nuit un peu de sommeil, accompagné de rêvasseries; il a été beaucoup à la selle, a rendu des matières toujours liquides avec des gaz. Aucune douleur dans le ventre à une pression légère, il est vrai; le pouls es à 96 pulsations par minute, la peau est peu chaude, la langue humide et blanchâtre; pas de hoquet, pas de vomissements; le malade a uriné seul une fois cette nuit, mais ce matin on est obligé de le sonder; les bruits du cœur sont un peu irréguliers; un peu de toux et quelques crachats muqueux. — *On continue toujours l'application de la glace sur le ventre.*

L'abdomen donne 92 centimètres de circonférence.

Le 20. Le malade a dormi cette nuit; il a été toujours beaucoup à la selle; le ventre est plat, donne 88 centimètres de circonférence; on retire un litre d'urine par la sonde. Dans la région hypogastrique, s'étendant vers la fosse iliaque gauche, à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, on sent une tumeur dure, difficile à circonscrire, non douloureuse, comme le reste du ventre, rendant un son mat à la percussion, tandis que partout ailleurs on a de la sonorité. La langue est blanche, humide; un peu d'appétit; toux, crachats muqueux-purulents; on n'ausculte pas le malade, afin de ne point le remuer; le pouls est à 92 pulsations par minute; la plaie du trocart présente un peu de rougeur et de gonflement à son pourtour.— *On continue encore l'application de la glace; on alimente un peu le malade.*

Le 21. Le ventre est plat, non douloureux; on sent la tumeur du ventre un peu plus distinctement, elle est toujours indolente; les selles ont été fréquentes et abondantes; le pouls donne 88 pulsations par minute, avec un peu d'irrégularité; la respiration est un peu accélérée; il y a toux et crachats purulents; à l'auscultation, en arrière, on entend des râles muqueux fins dans toute la poitrine, mêlés de râles sonores; le facies présente encore un certain degré d'altération; le malade dit avoir appétit. — *On supprime la glace, on donne quelques aliments.*

Le 22. On ne sent plus de tumeur dans le ventre, qui est plat et nulle part douloureux; du reste, rien de particulier.

Le 23 *et le* 24. Rien à noter; le malade va toujours beaucoup à la selle, et rend des matières liquides.

Le 25. A peu près même état, cependant il n'a pas été à la selle; il se lève pendant une heure pour la première fois. — *Camomille en tisane, demi-lavement de décoction d'anis.*

Le 26. Le malade a été, hier matin, une fois à la selle, mais depuis il n'a pas été, malgré le lavement qu'on lui a donné.

Ce matin, le ventre est un peu ballonné, douloureux à la pression dans la fosse iliaque et le flanc droit; pas de tumeur abdominale, partout on obtient de la sonorité à la percussion; pas de hoquet, mais quelques envies de vomir, et même ce matin un vomissement bilieux; peu de toux; lors de celle-ci, douleur dans l'abdomen; la hernie est toujours très-facilement réductible; le pouls, qui jusqu'à ce jour était peu fréquent, donne 104 pulsations par minute, avec des irrégularités; le facies est grippé. Depuis le 24 jusqu'à ce jour, la miction était naturelle; on est obligé maintenant de pratiquer le cathétérisme.—*Demi-lavement avec infusion de camomille.*

Le 27. Le facies s'altère de plus en plus; le ventre est un peu ballonné, douloureux à la pression, mais surtout à droite; selles liquides nombreuses; la langue

est sèche, envies de vomir, vomissement bilieux ; la peau est chaude et sèche ; le pouls donne 124 pulsations par minute ; il est irrégulier, filiforme ; la respiration est pénible et irrégulière.

Le 28. Les yeux se cavent, les traits se tirent encore davantage ; la langue est sèche, fuligineuse ; vomissements bilieux ; pas de gardes-robes depuis hier soir ; le ventre est un peu tendu, les extrémités sont froides ; le pouls est inégal, irrégulier, filiforme, et donne 140 pulsations par minute ; la respiration est irrégulière et très-accélérée ; la hernie rentre bien, mais un peu moins facilement et avec douleur. — *Potion avec huile de ricin,* 30 *grammes ; cataplasme sur le ventre.*

Les symptômes s'aggravent de plus en plus, et le malade meurt, avec toute sa connaissance, à huit heures du soir.

Autopsie le 30 *juin.* — Le cadavre est dans un état de putréfaction avancée. La face, l'abdomen, les cuisses et les bourses, ont une teinte vert bleuâtre ; les parois abdominales sont beaucoup plus distendues que pendant la vie ; on trouve des gaz, résultat de la putréfaction, dans le tissu cellulaire des bourses, des cuisses et de la face.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le péritoine poisseux, présentant de petites fausses membranes peu épaisses sur les anses intestinales les plus superficielles ; mais, dans les parties les plus déclives, le péritoine est épaissi, noirâtre, contenant du pus mêlé de fausses membranes, surtout abondantes dans le petit bassin et dans les fosses iliaques. Après avoir enlevé toute la partie abdominale, l'intestin grêle se présente seul à la vue. Les anses intestinales sont fortement distendues par des gaz. A la partie médiane et supérieure, on voit deux anses horizontales plus distendues que le reste de l'intestin grêle, occupant la place du côlon transverse, et superposées l'une à l'autre. Ces deux anses appartiennent à la première portion du jéjunum ; au-dessous, on trouve le côlon transverse peu distendu. Ayant détaché du mésentère l'intestin grêle, qui extérieurement ne présente rien de remarquable, on trouve, à la réunion du côlon ascendant avec le côlon transverse, des brides anciennes, nombreuses, cellulo-fibreuses, unissant ces deux portions d'intestin d'une manière très-intime, et les tenant accolées l'une à l'autre dans l'étendue de 10 à 15 centimètres, de manière à former à l'intérieur une espèce d'éperon analogue à l'éperon que l'on observe entre les deux bouts d'un intestin hernié, lorsque l'on voit un anus contre nature. A ce niveau, le calibre de l'intestin est rétréci, de manière à ne donner passage qu'à un petit œuf de poule ; au-dessus, au contraire, l'intestin est fortement distendu, et rempli de matières fécales plus consistantes que dans toute autre partie de l'intestin. Il existe encore à ce niveau entre le côlon transverse, la vésicule du fiel et la face inférieure du foie, de nombreuses adhérences anciennes cellulo-fibreuses, très-peu lâches, qui ne permettent point de mouvements étendus à cette portion de l'intestin.

On trouve également des adhérences cellulo-fibreuses entre les diverses portions de l'S iliaque du côlon, mais qui ne semblent point faire obstacle au cours des matières, car elles sont assez lâches pour permettre des mouvements étendus à l'intestin.

L'intestin grêle est partout perméable, et renferme une assez grande quantité de matières fécales très-liquides. La muqueuse présente quelques arborisations, et les valvules conniventes sont en partie effacées.

Le cœcum et le côlon ascendant, remplis de matières fécales consistantes et abondantes, ont une teinte rouge très-foncée, et par places noirâtre ; la muqueuse est épaissie et présente aussi cette teinte.

Dans le côlon transverse et l'S iliaque, on voit un peu d'épaississement de la muqueuse sans coloration rouge.

L'estomac est distendu par des gaz, et la membrane muqueuse offre une teinte verdâtre; elle est soulevée par des gaz, résultat de la putréfaction.

Sur aucune portion de l'intestin, on ne peut découvrir la trace de la ponction; de même sur la portion du péritoine pariétal, correspondant à l'endroit où on a enfoncé le trois-quarts; sous la peau, on trouve à ce niveau un petit foyer purulent.

Le sac herniaire, peu considérable, situé au canal inguinal gauche, ne contient aucune portion intestinale ni épiploon; le péritoine qui forme le sac est épaissi, noirâtre, et contient du pus. Rien au foie, ni à la rate, ni aux reins, ni à la vessie.

Le cœur est augmenté de volume, il y a une dilatation du ventricule gauche; pas d'altération des valvules.

Les deux poumons sont engoués en arrière, la muqueuse bronchique est rouge et injectée. On n'a point ouvert le crâne.

On peut tirer de cette observation les conclusions suivantes :

La ponction intestinale a eu pour résultat un soulagement bien marqué pour le malade; elle a réveillé le mouvement péristaltique qu'aucun moyen, employé jusque-là, n'avait pu obtenir, et a mis l'intestin à même de faire franchir aux matières fécales l'obstacle qui s'opposait à leur cours.

La péritonite ne paraît point devoir être rapportée à la ponction; car, déjà ancienne, elle paraît être passée déjà à un état suraigu après le nouvel engouement intestinal survenu trois jours avant la mort.

Obs. II. — *Accumulation des matières fécales dans l'intestin, tympanite intestinale; ponction; point de péritonite. Mort.* (Service de M. Blache, hôpital des Enfants-Malades; communiquée par M. Sainet.)

Bobin (Félix), âgé de cinq ans et demi, entre, le 19 juillet 1850, à la salle Saint-Roch, nº 2.

Cet enfant a eu une mauvaise nourrice; il est revenu chez sa mère, il y a trois ans, dans un état de maigreur considérable, avec le ventre développé. On le traitait pour le carreau, quand, sans cause connue, son ventre prit un volume notable qui augmenta de jour en jour. Depuis six semaines, le gonflement du ventre est toujours le même; depuis six semaines aussi, l'enfant n'a pas été à la selle, il n'a pas eu de vomissements, et l'appétit s'est conservé (c'est du moins ce qu'affirme la mère).

Le 20. Après examen, nous constatons que ce petit malade est dans un état de maigreur extrême; la face est altérée, le ventre est fortement gonflé, il donne 63 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic, et 77 au-dessus. L'ombilic est situé au quart inférieur de l'abdomen.

Toute la partie gonflée est irrégulièrement bosselée, ce qui paraît tenir aux circonvolutions intestinales; chaque bosselure offre environ 1 décimètre de large, on voit quelques mouvements de l'intestin qui font changer la disposition de ces bosselures; à leur niveau, l'abdomen rend un son tympanique à la percussion. On ne sent point de fluctuation.

Les rebords des fausses côtes sont écartés, le diaphragme refoulé, et, pendant

l'inspiration, l'abdomen n'éprouve aucun soulèvement. On constate que les poumons sont fortement refoulés au sommet de la cavité pleurale (40 inspirations irrégulières par minute).

La peau est chaude; le pouls donne 120 pulsations égales, régulières; le petit malade porte de temps en temps la main à son ventre en poussant des plaintes.

Après son entrée, il eut trois selles liquides peu abondantes. — *Calomel et jalap*, āā 1 *gramme.*

Le 21. Hier soir, l'enfant n'ayant pas évacué, le gonflement abdominal étant considérable, on fait deux ponctions au niveau des bosselures avec un trois-quarts explorateur; il sort un gaz d'une odeur fade, et le ventre devient un peu plus souple. Le matin, le gonflement s'est reproduit; du reste, même état. — *Huile de croton,* 2 *gouttes; charbon,* 10 *grammes; potion gommeuse avec ammoniaque,* 30 *gouttes.*

Le 22. Le ventre est plus tendu, pas de selles; le facies est pourtant assez satisfaisant; les piqûres qui résultent des ponctions ne sont pas enflammées. Deux nouvelles sont pratiquées, qui ne donnent issue qu'à très-peu de gaz, parce que la canule est bouchée par des matières fécales; pas de vomissements. — *Huile de croton,* 2 *gouttes; charbon,* 10 *grammes; potion gommeuse avec ammoniaque,* 30 *grammes.*

Le 23. 136 pulsations peu développées, 50 inspirations anxieuses. Le petit malade se plaint toujours; le ventre est plus distendu, les poumons sont fortement refoulés en haut; quelques selles verdâtres, liquides et peu abondantes ont été rendues hier. — *Compresses froides sur le ventre.*

Les 24 *et* 25. Même état. — *Frictions d'éther sur l'abdomen.*

Le 26. Le ventre est toujours très-ballonné; son clair à la percussion dans tout l'abdomen, excepté au-dessous de l'ombilic où l'on obtient de la matité. On fait encore une ponction, qui ne donne issue qu'à peu de gaz; le ventre s'affaisse un peu, mais le soir il est revenu au même degré de distension; l'enfant se plaint continuellement.

Le 29. Le pouls donne 120 pulsations; il est régulier, dépressible; 52 inspirations hautes; le ventre est plus tendu qu'il n'a jamais été : 84 centimètres de circonférence; cette tension existe surtout au-dessus de l'ombilic. Les anses intestinales se dessinent moins que ces jours derniers; la peau de l'abdomen est tendue, lisse, de couleur légèrement violette; on y voit s'y dessiner des vaisseaux volumineux. La percussion rend un son plus obscur.

Le 31. Le ventre est plus tendu que jamais, les circonvolutions intestinales ne se dessinent plus, la peau est luisante; 128 pulsations petites, 56 inspirations hautes. On donne une douche ascendante froide, à la suite de laquelle apparaissent trois selles abondantes et molles; le ventre s'affaisse.

1er *août.* Hier soir, après une nouvelle douche, trois selles abondantes; ce matin, on trouve l'enfant baigné dans les matières fécales; le ventre est moins tendu; 108 pulsations petites, 48 inspirations un peu moins hautes. — *On continue l'emploi des douches matin et soir.*

Le 2. 140 pulsations très-petites. Hier soir, après la douche, le ventre s'est complétement affaissé; il offrait l'aspect qu'il présente chez les hydropiques, à la suite de l'opération de la paracentèse. Ce matin, le ventre est un peu ballonné; l'enfant est de mauvaise humeur, il est pâle, le facies est fortement altéré, un peu d'œdème des paupières. Le soir, après une nouvelle douche, selles abondante et affaissement du ventre.

Le petit malade s'affaiblit de plus en plus et succombe dans la nuit.

Autopsie trente-six heures après la mort. — En ouvrant l'abdomen, on trouve que toute cette cavité est occupée par le gros intestin, qui est énormément développé et dont les rapports sont changés ; il contient, dans la partie la plus supérieure, des gaz ; la partie se rapprochant le plus de l'anus est remplie d'un demi-seau environ de matières fécales, de consistance semi-liquide.

Par place, les bandelettes longitudinales du gros intestin ont cédé, ce qui a permis à l'intestin, à l'endroit de ces ruptures, une plus grande distension, de manière à former des espèces de renflements.

L'intestin grêle, revenu sur lui-même, est complétement caché par le gros intestin et se trouve en partie rejeté vers la fosse iliaque droite, qu'il occupe à la place du cœcum, trouvé au milieu du ventre.

Comme effet de la compression exercée par l'intestin distendu, on trouve les uretères et les bassinets énormément développés. Les reins ne présentent aucune altération. Dans la cavité du péritoine, on ne trouve aucune trace d'inflammation ; on ne retrouve pas sur l'intestin les piqûres résultant des différentes ponctions que l'on a pratiquées. Les autres organes sont examinés, on ne trouve rien de particulier à noter.

Il ressort de cette observation que cinq ponctions intestinales n'ont point amené de péritonite, que les premières ont eu pour résultat un soulagement momentané, et que, si la contractilité intestinale n'a point été réveillée, cela peut tenir à la déchirure des fibres musculaires de l'intestin par la distension extrême, quoique nous doutions pourtant que si elle eût pu se réveiller, elle eût suffi pour surmonter l'obstacle qui se présentait.

Obs. III. — *Tympanite intestinale guérie par la ponction de l'intestin grêle.* (Levrat, extrait des *Bulletins de la Société médicale d'émulation*, janvier 1823.)

Madame Lépin, montée des Carmélites, 3, était au vingt-cinquième jour de ses couches lorsque je fus appelé pour lui donner mes soins. L'accouchement avait été laborieux, l'enfant était venu par le siége; sa sortie avait déterminé une déchirure qui s'étendait jusqu'à l'intestin rectum, qui était ouvert à 2 pouces au-dessus du sphincter externe resté intact, de manière que les lavements et les matières fécales sortaient par cette ouverture. A ma première visite, je trouvai la malade dans un état voisin de la mort ; la face en offrait tous les signes tracés par le père de la médecine. Le pouls était vermiculaire, les extrémités froides, le ventre météorisé, les urines rares; les lochies n'avaient presque pas coulé et la sécrétion du lait avait été à peine sensible. Au rapport des personnes qui soignaient la malade, cette dernière avait éprouvé, dès le quatrième jour de ses couches, des douleurs aiguës dans les aines, autour du nombril, et, pour mieux dire, dans toute l'étendue du ventre qui, pendant plusieurs jours, avait été très-douloureux à la moindre pression. Les moyens que j'employai d'abord furent pris parmi la classe des médicaments réputés propres à soutenir, à ranimer les forces ; ces premières médications amenèrent un mieux qui me permit d'adopter un traitement plus rationnel. Ne doutant nullement que j'avais à traiter une phlegmasie chronique des viscères contenus dans l'abdomen, je fis passer quelques boissons mucilagineuses légèrement aromatisées et quelques tasses de bouillon maigre fait avec les navets, les oignons blancs et les scorsonères ; on donna une

potion antispasmodique et tempérante, on fit des fomentations émollientes et anodines sur le bas-ventre, on les alterna de temps en temps avec les frictions d'huile camphrée, on rendit parfois la potion antispasmodique laxative en y ajoutant l'huile douce de ricin.

Les forces parurent se rétablir un peu, mais il y avait de fréquents et douloureux borborygmes ; la tympanite était toujours très-prononcée, elle augmentait à l'arrivée de la nuit et à la suite de l'ingestion des boissons et des aliments ; alors la malade était oppressée, elle toussait ; le pouls se serrait, et cet état durait une partie de la nuit.

Malgré l'emploi de tous les moyens vantés contre cette cruelle maladie, sans oublier les sangsues sur l'abdomen et la glace à l'intérieur et à l'extérieur ; la maigreur faisait des progrès et contrastait singulièrement avec l'énormité du ventre, qui offrait des bosselures correspondant aux circonvolutions des intestins ; on entendait distinctement les gaz qui passaient d'une anse intestinale dans une autre ; tout se réunissait pour établir le diagnostic de cette maladie. En conséquence, ayant bien reconnu l'existence d'une tympanite intestinale, je me décidai à percer les parois du ventre et à pénétrer dans l'intestin grêle.

Pour pratiquer cette opération, je fis faire un instrument de la grosseur d'une aiguille de bas, terminé par une pointe en forme de trocart et recouvert par une canule en argent de 15 lignes de longueur.

Après avoir fait mettre la malade sur son séant et avoir fixé dans le côté droit, entre le nombril et l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles, la portion de l'intestin grêle qui formait la saillie la plus prononcée, je portai en un seul temps sur cette partie mon instrument, comme dans l'opération de la paracentèse. Je retirai l'aiguille et laissai la canule ; au même instant, les gaz contenus dans l'intestin s'échappèrent avec sifflement, et l'odeur qu'ils répandaient confirma de plus en plus l'opinion que je m'étais formée sur le siége et la nature de la maladie. Le ventre s'affaissa subitement. Craignant que cet affaissement ne fût porté trop loin et ne nuisît au succès que j'attendais de l'opération, je bouchai la canule, et, dans la soirée, je revins tirer encore quelques pintes de gaz : il en sortit fort peu. Le ventre avait repris le volume qu'il a ordinairement à la suite des premières couches.

Le lendemain de l'opération, la malade, qui était fort bien et qui avait passé une bonne nuit, eut envie d'aller à la garde-robe et rendit, à mon grand étonnement (attendu les lavements et les potions laxatives que je lui avais prescrites), beaucoup de matières fécales de forme globuleuse. Pendant trois ou quatre jours, elle a continué à pousser de temps en temps des selles de cette nature.

L'appétit s'est fait sentir, toutes les fonctions se sont rétablies. La plaie de l'intestin, abandonnée aux seules ressources de la nature, s'est cicatrisée, et madame Lépin, vingt jours après l'opération, vaquait à ses affaires.

Nous concluons de cette observation, que l'opération de la ponction intestinale a amené pour la malade un prompt soulagement, et de plus a rétabli le mouvement péristaltique de l'intestin, détruit par la distension.

Elle n'a été suivie d'aucun symptôme de péritonite.

Obs. IV. — *Tympanite intestinale, suite de constipation ; ponction.* (Thèse de M. Maisonneuve, 1835.)

Un jeune étudiant en médecine, à la suite d'une orgie, fut pris de consti-

pation. Pendant cinq ou six jours il n'y fit presque aucune attention, mais bientôt se manifestèrent dans le ventre des douleurs vagues contre lesquelles on employa vainement des sangsues, des cataplasmes, des bains et des lavements émollients.

Les douleurs augmentèrent rapidement et devinrent très-vives, surtout au niveau de la fosse iliaque droite, dans la région du cœcum; la médication antiphlogistique fut abandonnée : on administra quelques purgatifs; mais à faibles doses, et toujours sans succès. Cependant les accidents continuaient à marcher et revêtaient un caractère inquiétant; l'abdomen était distendu par des gaz; le diaphragme, refoulé en haut, n'exécutait que difficilement ses fonctions; le pouls était petit, concentré. Le malade était dans un état d'anxiété extrême. L'huile de croton, le jalap furent administrés à haute dose par la bouche et par le rectum sans produire aucun effet purgatif.

Je fis alors remarquer que la distension des intestins par les gaz, en s'opposant à leur contraction, annihilait l'action des médicaments, et je proposai une ponction à l'abdomen. Cette proposition fut d'abord reçue avec quelque répugnance; mais tous les moyens connus avaient été essayés, le malade était dans un état imminent de suffocation; on se décida. La ponction fut pratiquée dans le flanc gauche, elle donna issue à une grande quantité de gaz.

Cette évacuation soulagea instantanément le malade, les accidents de suffocation disparurent tout d'un coup; mais, après deux heures de calme, il se manifesta de violentes coliques, à la suite desquelles eut lieu une abondante évacuation de matières stercorales endurcies. Le malade succomba dans la nuit.

A l'ouverture du corps, on chercha d'abord la trace de la ponction; on la trouva cicatrisée, entourée d'une légère ecchymose; elle siégeait sur une anse du jéjunum. Tout l'intestin grêle était dilaté sans être aminci; le cœcum offrait dans son cul-de-sac, adhérent à la fosse iliaque, une large escarre gangréneuse qui commençait à se détacher; elle comprenait toute l'épaisseur des parois de l'organe et était limitée par des adhérences assez solides.

Il y avait une péritonite générale, avec peu de sérosité dans le petit bassin; le point de départ de cette péritonite était cette escarre du cœcum.

Nous donnons cette observation comme preuve des résultats avantageux que l'on obtient de la ponction intestinale : ainsi, le soulagement du malade et le mouvement péristaltique de l'intestin.

Avec M. Maisonneuve, nous pouvons dire que la péritonite a été causée par la lésion du gros intestin, et qu'elle n'est point l'effet de la ponction, puisqu'à l'autopsie on a constaté que la plaie résultant de cette ponction était déjà cicatrisée.

CHIRURGIE.

Mémoire sur la déviation latérale du gros orteil; *par* M. Malgaigne.

Dans la séance du 25 février dernier, M. Broca a lu à la Société de chirurgie un Mémoire intéressant, ayant pour titre : *Des difformités des orteils produites par l'action des chaussures.* Il étudie principalement les

déviations latérales des orteils ; il montre le gros orteil déjeté en dehors, le petit orteil en dedans, par la pression de chaussures trop étroites ; et ce serait là, selon lui, la cause constante de ces déviations, favorisées toutefois par certaines causes prédisposantes, telles que l'extension ou la flexion permanente du gros orteil, ou encore son hypertrophie congéniale.

Ce Mémoire, que je ne connais encore que par une rapide analyse de l'*Union médicale*, m'a rappelé des recherches analogues que j'avais faites en 1840 à l'hospice de Bicêtre, et qui, bien que mentionnées assez fréquemment dans mes leçons cliniques, n'ont cependant été reproduites par aucune publication un peu étendue. Il m'a paru d'autant plus utile de les exposer avec tous les détails nécessaires, qu'elles s'écartent en quelques points essentiels des résultats annoncés par M. Broca et par d'autres.

Le chirurgien de Bicêtre est assez souvent appelé à vérifier l'état des membres inférieurs chez des vieillards qui désirent obtenir des souliers en place de leurs sabots. Je n'eus pas consacré quelques séances à cet examen, que je fus frappé de la fréquence d'une déviation du gros orteil, qui va quelquefois jusqu'à prendre les caractères d'une véritable luxation. On a avancé qu'elle est plus commune chez les femmes ; je n'en sais rien, l'ayant essentiellement étudiée dans un hospice d'hommes ; mais je puis dire que la proportion y est telle qu'il y a lieu de s'étonner qu'elle ait été passée sous silence par tous nos traités de pathologie.

La première mention que j'ai trouvée de cette affection singulière est due à Laforest, pédicure de Louis XVI. Dans la planche II de l'*Art de soigner les pieds* (1), il a figuré un gros orteil tellement incliné en dehors qu'il va toucher le troisième par-dessus le second. Selon lui, cette déviation serait propre aux sujets qui ont naturellement le gros orteil plus long que le deuxième, et reconnaîtrait pour cause une chaussure étroite. Il ajoute que souvent on lui a dit que c'était une disposition de famille ; sur quoi il observe que tous les enfants naissent avec le pied bien fait, et que la prétendue disposition de famille tient à ce que les pieds ont été déformés par les chaussures dès la plus tendre jeunesse. C'est là tout ce qu'il en dit ; et la seule conséquence qui l'ait frappé est le développement d'un oignon à l'angle saillant que présente l'articulation métatarso-phalangienne, quand l'orteil est incliné en dehors.

M. Millet en a traité avec un peu plus de développements dans son *Manuel d'orthopédie*. Il attribue la déviation *le plus souvent* à l'usage de chaussures trop étroites, sans mentionner toutefois aucune autre cause ; et il ajoute que les femmes sont probablement à cause de cela plus sujettes à cette affection que les hommes. Le gros orteil s'incline donc en dehors *sur* ou *contre* le second orteil ; et cette inclinaison amène à la longue une atrophie du côté externe de l'articulation et une hypertro-

(1) Deuxième édition, 1782.

phie du côté interne, qui opposent une grande résistance au redressement du doigt; souvent aussi le tendon extenseur est en même temps contracté et raccourci; il entraîne alors l'orteil en haut, en arrière et en dehors. Cependant, comme la déformation des surfaces articulaires n'a lieu qu'à la longue, on peut remédier à la déviation dans le début. Si l'on porte des chaussures assez longues et assez larges du bout, dit-il, cet orteil se trouvant à son aise reprendra bientôt sa forme naturelle. Que si la déviation est trop avancée, il faut recourir à un traitement mécanique spécial; et l'auteur affirme que toutes les fois que les malades ont été assez patients pour suivre jusqu'au bout ce traitement, qui est long, ils ont obtenu leur guérison.

M. Broca à son tour accuse pareillement les chaussures trop étroites qui pressent latéralement les orteils les uns contre les autres. Pour fuir cette pression, les orteils se disposent sur deux couches, l'une dorsale, l'autre plantaire; toute déviation latérale commence nécessairement par là. Le plus fréquemment, le deuxième et le troisième orteil sont refoulés en haut; les trois autres se rassemblent sous la plante du pied, le gros orteil incliné en dehors, le cinquième en dedans, le troisième seul gardant absolument sa direction primitive. M. Broca dit aussi que les déviations latérales s'observent principalement chez les femmes. Enfin, il en a mis en lumière les conséquences par de nombreuses dissections.

Le premier point qui frappera le lecteur, c'est que Laforest signale seulement la déviation du premier orteil *par-dessus* le second; M. Millet l'a vu déjà s'incliner *sur* ou *contre;* M. Broca enfin a observé la déviation en dessous, et va même jusqu'à prétendre qu'elle est la plus commune. Je dirai pour mon compte que j'ai observé les trois variétés; mais que c'est la déviation *par-dessus* qui s'est offerte le plus fréquemment à moi.

Mais la question sur laquelle mes recherches m'ont le plus écarté de tout ce qu'on vient de lire est celle de l'étiologie. Ainsi, j'ai bien vu des sujets qui rapportaient la déviation du gros orteil à l'usage de chaussures trop étroites; mais d'abord ce cas m'a paru le plus rare; et j'y insiste d'autant plus que, cette cause me paraissant la plus naturelle, j'avais été porté moi-même à l'admettre *à priori*, et qu'il n'a fallu rien moins que des interrogatoires opiniâtres de ma part, et des réponses non moins opiniâtres de la part des malades pour me faire changer d'avis. De plus, lors même que les malades accusaient l'étroitesse de leurs chaussures, il s'en faut de beaucoup que cette cause purement mécanique ait eu toute l'influence qu'on serait tenté de lui donner.

En voici un premier exemple.

Déviation des deux gros orteils, attribuée à des chaussures trop étroites, sans chevauchement sur le second orteil.

Obs. I. — Leduc, âgé de 62 ans, se présenta à moi, le 25 mars 1840, avec une déviation des deux gros orteils. Il en rapportait l'origine à la campagne d'Italie,

en l'an VII, ayant été obligé de faire de longues marches avec des souliers trop étroits. Il en résulta d'abord un durillon à la partie interne de la tête du premier métatarsien du pied droit, et l'orteil commença à se dévier quelque peu ; mais la déviation ne se prononça fortement que plusieurs années après, à l'occasion d'une fracture comminutive de la jambe correspondante. Quant au pied gauche, il fut atteint d'un durillon semblable seulement en 1811, et la déviation se manifesta aussitôt et marcha avec rapidité. Lors de mon examen, les deux pieds se trouvaient dans l'état suivant :

Les deux premiers orteils étaient égaux en longueur, en les replaçant dans leur direction normale. A l'un et à l'autre pied, au côté interne de la tête du métatarsien, la peau épaissie roulait sur la saillie osseuse, de manière à faire présumer l'existence d'une bourse muqueuse sous-cutanée. Le gros orteil forme, avec le bord interne du pied, un angle d'environ 135 degrés. Si l'on examine les choses à la face plantaire, on trouve un sillon longitudinal continu avec le bord interne du pied et du gros orteil, qui en sépare nettement la saillie de la tête métatarsienne, laquelle simule ainsi une tumeur sphéroïdale de 14 millimètres de diamètre.

Le malade, quant à la marche, ne se plaignait guère que de la pression exercée par le sabot sur la saillie osseuse. Il ne marchait cependant pas de même sur les deux pieds ; à gauche, les quatre points d'appui accusés par des durillons plantaires étaient le talon et les trois têtes du cinquième, du deuxième et du premier métatarsiens; à droite, c'étaient le talon et les têtes des cinquième, quatrième et premier métatarsiens.

Voilà donc un cas où la difformité est reportée par le malade lui-même à l'étroitesse de sa chaussure. Qu'y voit-on cependant ? Pour le pied droit, un durillon d'abord, suivi d'une légère inclinaison de l'orteil; et ce n'est que plusieurs années après, à l'occasion d'une fracture de la jambe, que la déviation prend un caractère décidé. Pour le pied gauche, la déviation, survenue dix à onze ans plus tard, ne peut plus être rapportée aux campagnes ni aux chaussures d'Italie ; y avait-il eu quelque cause nouvelle? Le sujet n'en avait gardé aucune mémoire. Seulement le durillon, comme à l'autre pied, avait précédé la déviation.

Quant aux caractères de cette déviation, on notera que le gros orteil avait seulement repoussé en dehors son voisin, et n'empiétait pas notablement sur lui. Dans l'exemple suivant, l'empiétement aura lieu, et avec cette disposition, inaperçue de Laforest et de M. Mellet, que la déviation se fera *par-dessous* le second orteil.

Déviation des deux gros orteils, attribuée à des chaussures trop étroites ; chevauchement par-dessous le deuxième orteil.

Obs. II. — Delaporte, 59 ans, entré à Bicêtre en 1834, examiné le 9 mars 1840. Cet homme est atteint d'une déviation des deux gros orteils, portée à ce point qu'ils sont presque entièrement cachés sous l'orteil voisin. Il n'en connaît pas bien l'origine; cependant il raconte que, depuis l'âge de 14 ans jusqu'à 40, il a été garçon marchand de vin, presque toujours debout ; et il ajoute que souvent il se trouvait à l'étroit dans ses chaussures ; il est à noter que les deux gros orteils dépassent les autres en longueur de 7 à 8 millimètres. Depuis l'âge de 40 ans, il a été manœuvre et s'est toujours servi de chaussures larges et commodes.

La tête du premier métatarsien fait une saillie prononcée en dedans, et paraît plus écartée de celle du deuxième qu'à l'état normal ; la peau est épaissie sur son côté interne ; et le tendon extenseur est dévié au côté externe de façon à devenir abducteur.

Une circonstance assez curieuse, c'est que tous les orteils ont subi un certain degré de déviation en dehors, de telle sorte que le bord externe du pied présente un angle rentrant au niveau de l'articulation métatarsienne du petit orteil. Cette disposition ne gêne nullement le malade ; mais il souffre quelquefois, surtout après une longue marche, d'une cuisson assez vive à la face inférieure du second orteil, déterminée par la pression et le frottement de l'ongle du gros orteil.

Cette observation nous fait voir une disposition qui est rare, savoir : la déviation en dehors de tous les orteils. M. Broca paraît avoir vu le plus souvent le gros orteil dévié en dehors, le cinquième en dedans ; pour ma part, au contraire, j'ai vu presque toujours le cinquième orteil garder sa position ordinaire.

Quant à la cause déterminante, rien ne semble plus naturel au premier abord que d'accuser les chaussures trop étroites. Déjà, cependant, le malade lui-même n'était pas bien sûr de leur influence, et ne pouvait indiquer la date de sa déviation. Mais surtout comment concilier l'action de chaussures trop étroites avec la déviation en dehors de tous les orteils, même du cinquième? Dans le cas suivant, on retrouvera bien encore la mention de chaussures étroites; mais l'énorme intervalle de temps qui sépare la cause de l'effet ne permettra plus, en aucune façon, de les rattacher l'un à l'autre.

Déviation des deux gros orteils, 60 ans environ après l'usage de chaussures trop étroites ; chevauchement par-dessus le deuxième orteil.

Obs. III.—Morisot, âgé de 80 ans, entré à Bicêtre en 1832, observé en mars 1840.

A l'âge de 14 ans, il conduisait des voitures sur la grande route, et était souvent obligé de faire de longues courses à pied. Il dit qu'à cette époque il eut une paire de souliers trop étroits du bout ; et que, ayant fait une longue marche par un froid très-vif, il lui survint à la suite des oignons très-durs, volumineux et douloureux à la partie interne de l'articulation métatarso-phalangienne des deux gros orteils. La douleur l'obligea de quitter ses souliers pour de larges sabots qui ne firent qu'endurcir les oignons. Du reste, ni alors, ni plus de cinquante ans après, il n'avait eu de déviation des orteils ; et non pas même encore à l'âge de 72 ans, lorsqu'il fut admis à Bicêtre. Mais depuis, obligé de reprendre les sabots qu'il ne portait plus depuis longtemps, ses durillons augmentèrent. Les deux orteils commencèrent à se luxer ; et, il y a trois ans, ils commencèrent à chevaucher sur les autres orteils, sans que le malade en ait ressenti aucune douleur spéciale ; tout son mal venant des oignons de la partie interne.

Aujourd'hui, mars 1840, nous trouvons la déviation également avancée aux deux pieds ; le gros orteil recouvre totalement le deuxième, et appuie par son extrémité sur la deuxième phalange du troisième. Il forme ainsi un angle presque droit avec le bord interne du pied ; la saillie du durillon qui forme le sommet de cet angle le fait même paraître tout à fait droit. La circonférence du pied est de 16 millimètres plus forte vis-à-vis ce durillon qu'au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne. Le troisième orteil, rudement refoulé, tend fortement aussi à se

déplacer ; il est levé, et chevauche un peu sur le quatrième. Les os sésamoïdes du gros orteil semblent déjetés en dedans.

Quand le malade met des souliers, il ramène le gros orteil à sa position quasi naturelle, en l'appliquant contre la face interne du second orteil, et les assujettit l'un contre l'autre avec une bande. Au reste, l'articulation métatarso-phalangienne est libre, et il n'y a ni tendon ni ligaments rétractés ; le tendon extenseur, dévié en dedans, ne s'oppose à aucun mouvement de l'orteil, sauf à la flexion complète dans laquelle il paraît très-fortement tendu ; et, ce cas excepté, on peut même faire faire à l'orteil des mouvements plus étendus que dans l'état sain ; la première phalange jouant sur le côté interne de la tête du métatarsien.

Il est à noter que, chez ce sujet, le premier et le second orteil ont exactement la même longueur : environ 6 centimètres.

Il me semble, quant à l'étiologie, que le fait parle assez de lui-même pour qu'il soit inutile d'y insister beaucoup ; cependant, afin qu'on ne se rejette pas sur une erreur de mémoire du malade, je ferai remarquer que la facilité de corriger la déviation accuse une origine assez récente. La déviation du troisième orteil poussé par le premier est encore une disposition à noter.

Mais il s'agit maintenant de montrer des déviations pour lesquelles l'étroitesse des chaussures était entièrement hors de cause ; je répète que ce sont-là les cas que j'ai trouvés le plus communs. En voici un où la déviation était portée à l'extrême ; jamais je ne l'avais vue à un pareil degré.

Déviation extrême des deux gros orteils avec chevauchement par-dessous les trois orteils voisins, déterminée par le froid.

Obs. IV. — Vahé, âgé de 68 ans, vint réclamer des souliers pour une déviation des deux gros orteils. Elle a commencé, dit-il, en 93, lors de la campagne de Hollande ; et il l'attribue au froid qu'il éprouva alors. Jamais il n'a eu à porter de chaussures ni trop courtes ni trop étroites.

Le gros orteil droit est incliné à angle droit sur son métatarsien, passe sous les deux orteils suivants, et appuie sur l'extrémité du quatrième qu'il dépasse encore ; la tête du métatarsien fait en dedans une saillie énorme ; du sommet de cette saillie à la tête du deuxième métatarsien, on mesure 4 centimètres, ce qui tient surtout à l'écartement des deux os ; le tendon extenseur, porté en dehors, soulève la peau à 4 millimètres du deuxième orteil.

Le gros orteil gauche a subi une déviation presque aussi forte, si ce n'est qu'il n'appuie que sur la moitié interne du quatrième.

La marche est extrêmement difficile ; il n'appuie que sur deux points, savoir : sur le talon d'abord, puis sur la tête du premier métatarsien, et nullement sur le gros orteil. Pour aller de Bicêtre à la barrière, distance de vingt minutes environ, il lui faut deux heures ; et encore est-il obligé de couper sa course par trois repos au moins, durant chacun une dizaine de minutes.

Je pourrais multiplier les observations de ce genre ; mais, pour en finir avec la question étiologique, je me bornerai à appeler l'attention sur celle qui va suivre ; la malade est actuellement dans mon service à

l'hôpital Saint-Louis ; et la déviation latérale affecte aussi bien les doigts que les orteils.

Rhumatisme goutteux de vieille date; déviation des doigts et des orteils datant seulement de neuf mois.

Obs. V. — La femme Picheloche, âgée de 52 ans, d'une vigoureuse constitution, dès l'âge de 9 ans fut exposée à l'humidité, travaillant pieds nus à la terre, et couchant dans le premier coin de grange qu'on voulait bien lui abandonner. Vers l'âge de 18 ans, la menstruation s'établit; elle se souvient qu'elle fut retenue au lit par des douleurs dans tout le corps, et une éruption pour laquelle elle prit des bains de vapeurs sulfureuses. Ces douleurs lui revenaient de temps à autre. Enfin, en 1832, elle fut prise tout à coup de fortes crampes dans tout le corps, avec douleurs dans les jointures des bras et des jambes, qui la forcèrent de garder le lit ; elle resta ainsi dix-huit mois, au bout desquels elle entra à Saint-Louis ; des bains de vapeur et des fumigations aromatiques amenèrent la guérison au bout de trois mois, sauf quelques douleurs erratiques reparaissant par intervalles.

Il y a huit ou neuf ans, elle éprouva aux pieds et aux mains des démangeaisons tellement vives qu'elle se grattait jusqu'au sang ; elles cédèrent au bout d'un mois à des bains sulfureux. Il y a un an, le genou gauche s'enfla, devint le siége de violentes douleurs, et força bientôt la malade à garder le lit qu'elle n'a pas quitté depuis ; et, aujourd'hui, elle ressent des douleurs par tout le corps et notamment dans les muscles des membres.

Sans nous arrêter aux autres symptômes, disons tout de suite que, depuis neuf mois, les orteils et les doigts ont commencé à se dévier en dehors. Les pouces seuls ont gardé à peu près leur direction normale ; les quatre autres doigts, à chaque main, sont renversés en dehors de manière à former, avec leurs métacarpiens, un angle d'au moins 130 degrés ; et ils sont en même temps portés en avant, de telle sorte que la tête de la phalange fait une saillie notable à la face palmaire. Au côté externe de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, la peau est soulevée par une tumeur conoïde, de consistance cartilagineuse, reposant par sa base sur la tête du métacarpien, sans toutefois y adhérer. La malade dit avoir remarqué à diverses reprises, sur ses mains, des tumeurs analogues qui disparaissaient graduellement.

Aux pieds, tous les orteils sont inclinés en dehors, de telle sorte que le gros orteil fait, avec son métatarsien, un angle de 135 degrés. Les articulations métatarso-phalangiennes sont douloureuses à la pression, surtout celle du gros orteil.

De telles déformations, par suite de rhumatisme, ne sont pas rares chez les vieillards de Bicêtre et de la Salpêtrière ; mais elles n'ont pas été suffisamment étudiées jusqu'à ce jour. Ici, bien évidemment, ce sont les douleurs et les rétractions musculaires qui ont déterminé les subluxations des doigts et des orteils ; leur simultanéité ne permet pas un seul moment de songer à l'action des chaussures ; enfin, la malade interrogée à cet égard affirme qu'elle a toujours porté ou des sabots ou des chaussures péchant plutôt par excès de longueur et de largeur.

D'ailleurs, quelle que soit la fréquence de la déviation qui nous occupe, il est bien certain que si la pression mécanique suffisait seule pour la produire, à considérer la forme de nos chaussures habituelles, pas un homme, pas une femme ne pourraient y échapper. La plupart y échappent pourtant ; et le pied fût-il serré dans une botte étroite,

lorsqu'il en sort, en général, les orteils s'étalent facilement sur le sol, sans trace de leur inclinaison artificielle et momentanée.

Quelle cause accuser cependant ? Il y a d'abord un très-grand nombre de cas où, la pression des chaussures étant hors de cause, il faut absolument s'adresser ailleurs. Dans notre dernière observation, la rétraction des muscles est de la dernière évidence ; et toutefois, il s'y joint un état maladif des articulations déformées. La rétraction musculaire peut bien encore être mise en première ligne dans d'autres cas ; comme chez ce vieux soldat qui rapportait son mal aux froids de la Hollande ; et chez cet autre sujet qui, tout en alléguant l'usage des chaussures étroites, attestait que la déviation de l'orteil s'était surtout précipitée à l'occasion d'une fracture comminutive de la jambe correspondante. Dans ce dernier cas pourtant, la rétraction n'est venue qu'en second ordre ; la déviation avait commencé auparavant. Chez beaucoup de sujets même, l'action des muscles ne dépasse pas le degré physiologique ; c'est ainsi qu'on a vu le sujet de l'Obs. III, après plusieurs années, redresser sans effort l'orteil dévié. Comment donc l'articulation a-t-elle pu céder à la simple rétraction physiologique?

L'unique réponse à cette question, c'est que l'articulation était affaiblie et que l'action musculaire, si faible qu'elle soit, n'a plus été contrebalancée par la résistance ordinaire du ligament latéral interne. Quant à la cause de l'affaiblissement de ce ligament, on la trouve dans l'irritation sourde, mais continue, que détermine le frottement de la peau, non pas seulement dans les chaussures étroites, mais souvent aussi dans des chaussures trop larges ; et, en effet, lorsque la rétraction musculaire morbide ne s'est pas montrée dès l'origine, la déviation latérale est toujours précédée de l'apparition d'un durillon. Cette irritation qui a ainsi transformé le derme étend plus profondément son influence ; déjà Brodie et Blandin avaient signalé au-dessous la présence d'une bourse muqueuse de formation nouvelle (1) ; cette bourse muqueuse repose précisément sur le ligament latéral interne ; et deux fois M. Broca l'a vu communiquer avec la synoviale articulaire à travers une éraillure de ce ligament.

Ainsi donc, ou rétraction musculaire primitive, suffisante pour distendre le ligament à la longue, ou affaiblissement primitif du ligament qui ne fait plus résistance à l'action musculaire normale : voilà comment je conçois le mécanisme de la déviation ; et les chaussures étroites n'agiraient donc que dans la production de l'oignon, presque au même titre que des chaussures trop larges. Plus tard, la persistance de la déviation finit par déterminer la rétraction du muscle, et non pas seulement du muscle, mais du ligament latéral interne ; en sorte que le redressement du pied est presque impossible. Plus tard encore, l'irritation de la face interne, qui de la peau avait gagné le ligament, finit aussi par atteindre l'os ; et il y a une hypertrophie partielle de la tête du méta-

(1) *Presse médicale*, 1837, p. 50.

tarsien qui amène une déformation bien plus irremédiable encore. Je ne dis rien de la déviation du tendon, de celle des os sésamoïdes ; la première se reconnaît aisément sur le vivant ; et l'on prendra une idée de l'autre dans l'autopsie suivante,

Luxation spontanée des deux gros orteils.—Autopsie.

Obs. VI. — Le sujet était un homme d'une cinquantaine d'années, et sur lequel on ne put avoir aucun renseignement utile. Les deux pieds offraient une déviation à peu près semblable.

Pied gauche.—Le gros orteil, de 4 millimètres plus long que le deuxième, est porté au-dessous de celui-ci, de façon à se trouver en contact avec toute la phalangette du troisième. Le tendon extenseur est rejeté sur le bord externe de l'article. En dedans, au contraire, se voit une assez forte saillie répondant à la tête du premier métatarsien. Le bistouri porté sur cette saillie ouvre une bourse muqueuse, située immédiatement sous la peau, et renfermant un liquide gélatineux de la consistance du cristallin. Cette bourse synoviale revêt la partie externe et supérieure de la tête métatarsienne, et s'étend à peine sur le côté externe de la première phalange. Le ligament latéral interne est épais de près de 4 millimètres, et presque cartilagineux.

Au-dessous de la bourse muqueuse se trouve un plateau osseux d'environ 18 millimètres de long sur 12 de haut, et qui paraît dû à une hypertrophie de l'apophyse interne de la tête métatarsienne. Entre cette saillie et la tête de l'os est une rainure revêtue seulement par la synoviale. La tête revêtue de cartilage est arrondie et semble à peine déviée en dehors. Les os sésamoïdes, au contraire, sont fortement déviés dans ce sens, et, pour soutenir l'os sésamoïde externe, l'apophyse interne de la tête semble prolongée en stalactite osseuse. Il en résulte aussi que le sésamoïde interne porté en dehors a écrasé et presque effacé la crête médiane qui sépare les deux gouttières sésamoïdales. La face supérieure de ces deux petits os est aplatie , et les parties auxquelles ils correspondent sont presque dénudées de cartilage. La facette articulaire de la phalange n'a subi aucune altération.

Pied droit.—Le gros orteil, plus long que le deuxième, passe dessous lui, et même sous la moitié interne du troisième orteil. La bourse muqueuse existe sur le côté interne de la tête de l'os métatarsien, mais moins étendue qu'à l'autre pied, et ne contenant aucun liquide. L'apophyse interne qui la supporte, à peine différente de l'état normal, est, toutefois, séparée de la tête articulaire par une gouttière sans cartilage. Cette tête est manifestement déviée en dehors, de telle sorte que son bord externe se trouve à 5 ou 6 millimètres plus en arrière que le bord interne. La saillie inter-sésamoïdale est mieux conservée, quoique cependant en partie dépouillée de cartilage. Le sésamoïde externe porté plus en dehors a élargi dans ce sens la facette qui le supporte. Enfin, le ligament latéral interne offrait une épaisseur de plus de 4 millimètres.

J'aurais bien à présent quelque chose à dire des diverses formes qu'affecte le bout du pied ; il y a là des variétés nombreuses, mais qui n'offrent pas un grand intérêt. Je conserve, par exemple, le plâtre d'un pied sur lequel le gros orteil est incliné en dehors et un peu au-dessous du deuxième ; le deuxième a suivi l'impulsion, et s'est porté en dehors, au-dessus du troisième ; celui-ci a sa phalangette recouverte par le deuxième et le quatrième accolés à leur extrémité ; et, malgré ce rap-

prochement, le quatrième et le cinquième sont encore notablement déviés en dehors. Sur cette même pièce, le gros orteil n'est pas uniquement renversé en dehors ; il a subi un certain degré de rotation qui fait que son ongle regarde à la fois en haut et en dedans.

Cette rotation est quelquefois portée plus loin encore ; en voici un exemple.

Déviation latérale du gros orteil gauche avec redressement et rotation en dedans.

Obs. VII.—Jean Isarier, 71 ans, entré à Bicêtre en 1833, observé en 1840. Il raconte qu'à l'âge de 25 ans, il fut blessé au jarret gauche ; la gangrène apparut sur le membre, et l'amputation lui fut même proposée. Il s'y refusa, très-heureusement, et réussit à sauver sa jambe ; mais elle resta d'abord fortement fléchie sur la cuisse ; et il marchait avec des béquilles, soutenant la jambe fléchie suspendue à son ceinturon à l'aide d'une courroie. Cependant, le poids du membre, mal soutenu par la courroie, l'étendait peu à peu ; et enfin, sauf un raccourcissement d'environ 5 centimètres, il finit par marcher sur ce pied. Quelques années plus tard, il eut une hémiplégie du même côté, et il lui en reste encore un singulier engourdissement de la sensibilité. C'est à cette paralysie qu'il attribue la déviation du gros orteil ; voici d'ailleurs en quoi elle consiste :

Le gros orteil fort long est dévié en dehors par-dessus les quatre orteils voisins qu'il dépasse encore de 13 à 14 millimètres ; mais ce qui est remarquable, c'est qu'il est en même temps relevé et n'appuie point sur eux, et, de plus, il a subi une rotation sur lui-même, telle que sa face dorsale est devenue antérieure et interne. Le tendon extenseur soulève la peau et s'oppose à ce que l'orteil soit abaissé au niveau des autres ; le seul fait de cet abaissement obtenu de vive force suffit pour reporter en haut la face dorsale que nous avons vue tournée en dedans. Sur la tête très-saillante du premier métatarsien siége un oignon très-volumineux.

Le malade dit qu'on a essayé plusieurs moyens mécaniques pour replacer cet orteil, mais sans aucun résultat. Le pied droit n'offre rien de semblable.

Je ne veux pas insister sur la gêne qu'une pareille difformité doit produire sur la marche ; le cas de Vahé porte la démonstration aussi loin qu'elle peut aller. Mais là ne se borne pas le péril ; et la pression que le gros orteil exerce la plupart du temps sur les autres a des conséquences beaucoup plus graves. La gangrène peut en être la suite, soit limitée, soit illimitée ; j'en ai rencontré deux cas.

Obs. VIII.—Le premier eut pour sujet un vieillard, entré pour une autre cause à l'infirmerie de Bicêtre. Autrefois tonnelier de son état, il n'avait jamais porté que des souliers suffisamment larges ; excellent marcheur du reste, et faisant jusqu'à 25 lieues par jour. Il n'a jamais eu d'attaques de goutte ou de rhumatisme, et ne sait à quoi rapporter sa déviation.

Le pied gauche s'est donc pris, il y a dix-huit à vingt ans, sans cause connue, et sans même qu'il y ait jamais eu de durillon. Le pied droit n'a été atteint que quatre ou cinq ans après. Cette fois, le mal a commencé par un oignon sur la tête du métatarsien ; puis, peu à peu, l'orteil s'est renversé en dehors ; et, en quinze ou dix-huit mois, la déviation est arrivée au point où elle est encore aujourd'hui ; l'orteil faisant un angle droit avec l'os du métatarse, et appuyant sur la première phalange du deuxième et la seconde du troisième.

La déviation de l'orteil gauche n'allait pas si loin, et était aussi moins fâcheuse pour la marche. Cependant, vers 1830, ayant quitté son état, et s'étant occupé à tourner une roue pour dévider de la soie, il était continuellement debout et fatiguait beaucoup, surtout du pied gauche. Le gros orteil appuyait sur les deux dernières phalanges du deuxième ; celui-ci, dit le malade, devint *noiraud*, avec une tuméfaction et des douleurs telles qu'il fut contraint d'aller à l'hôpital. Il resta deux mois à l'hôpital Saint-Antoine ; puis, comme on voulait lui couper le second orteil, il sortit et s'en alla à l'Hôtel-Dieu, où il resta encore deux mois. Là, dit-il, on lui fit plusieurs incisions ; et nous constatons en effet deux cicatrices, l'une à la face plantaire du gros orteil, l'autre à la plante du pied, vis-à-vis le troisième métatarsien. Une grande partie du deuxième orteil tomba ; mais enfin, tout était cicatrisé lorsqu'il sortit de l'Hôtel-Dieu.

Aujourd'hui, on trouve le gros orteil dévié en dehors et touchant le troisième par le bord interne de l'ongle ; il a subi en même temps une rotation telle que son ongle regarde en dedans et même en bas, de façon à appuyer sur le sol. Du deuxième orteil, il ne reste qu'un moignon comprenant environ les trois quarts de la première phalange.

Je n'ai vu ici que les vestiges de la gangrène et des abcès circonvoisins qui en sont résultés. Dans le cas suivant, la gangrène est née, en quelque façon, sous mes yeux ; elle a grandi, elle a gagné en dépit de tous mes efforts ; et l'on verra que la section du tendon rétracté, quand la tête métatarsienne a eu le temps de se déformer, est de nulle valeur pour procurer le redressement de l'orteil.

Déviation du gros orteil droit seulement, sans cause connue ; ulcération et gangrène déterminées par sa pression sur le second orteil ; gangrène consécutive des orteils voisins ; mort.

Obs. IX. — Roulin, âgé de 72 ans, entré à Bicêtre en novembre 1834, vint me réclamer des souliers le 9 mars 1840. Il avait été tonnelier de son état ; profession très-pénible, et qui nécessite la station très-longtemps prolongée. Il a toujours porté des souliers ou des bottes jusqu'à son entrée à Bicêtre ; et jamais, dit-il, il n'a été gêné dans ses chaussures. Du reste, il est arrivé jusqu'à l'âge de 70 ans, sans s'apercevoir de la difformité qu'il porte au pied droit.

A la vérité, quatre ans auparavant, il lui était venu un oignon à la partie interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil ; mais la marche n'en était pas gênée ; les orteils étaient accolés les uns aux autres dans leur direction normale, et telle, d'ailleurs, qu'on l'observe encore sur le pied gauche. Le gros orteil était un peu plus long que le deuxième ; le pied est presque plat, ce qui cependant n'a jamais rendu la marche pénible.

Il portait donc son oignon depuis quatre ans ; et, de plus, il avait été mis au régime des sabots depuis trois ans et demi, quand il s'aperçut, pour la première fois, en 1838, que la marche était difficile et pénible pour le pied droit. Il en rechercha la cause, et vit que le gros orteil s'inclinait en dehors et tendait à chevaucher sur le voisin. Il chercha à le ramener à sa position normale ; mais ses tentatives furent infructueuses, et la douleur qu'elles déterminaient l'obligea à y renoncer. Cependant, à son dire, l'inclinaison était encore assez faible ; et le gros orteil formait, avec le bord interne du pied, un angle obtus de 120 degrés au moins. Mais, peu à peu, et sans que le malade pût en soupçonner la cause, la déviation s'accrut ; et, en un an, le gros orteil arriva à chevaucher sur le deuxième orteil.

La pression qui en était résultée avait déterminé, à la face supérieure du second orteil, le développement d'un durillon qui gênait singulièrement la marche, et qui excitait parfois des douleurs telles que le malade aurait consenti volontiers à l'amputation de cet orteil.

L'angle que formait enfin le gros orteil avec son métatarsien, lors de notre premier examen, était à peu près de 110 degrés, c'est-à-dire fort rapproché de l'angle droit. Si l'on cherchait à ramener le gros orteil à la direction normale, on éveillait une douleur très-forte, sans même atteindre le but. Le malade marchait avec difficulté ; il ne boitait pas précisément, mais il traînait la jambe.

L'oignon interne, peu mobile, ne paraissait pas reposer sur une bourse muqueuse sous-cutanée. Le tendon extenseur, reporté en dedans, était à 28 millimètres de la saillie formée par la tête du métatarsien.

Le pied gauche était resté à l'état normal.

Je donnai à ce pauvre homme des souliers de la grandeur et de la forme qui lui convinrent le mieux; et je n'en avais plus ouï parler, quand je le retrouvai, le 10 novembre, dans mon service de chirurgie, où il était entré la veille.

Malgré la chaussure octroyée, la déviation avait fait des progrès, et le gros orteil était maintenant couché presque en travers sur les trois voisins. Mais un accident plus grave était survenu : la pression du premier orteil sur le second avait déterminé, à la face dorsale de ce dernier, une excoriation, puis une escarre de l'étendue d'une pièce de 50 centimes.

Le tendon extenseur du gros orteil était reporté en dehors au point de soulever la peau, sous laquelle il paraissait tendu comme une corde roide. La première indication était d'écarter cet orteil du second, et conséquemment de le ramener dans sa position normale. Le tendon y faisant obstacle, je le divisai par une section sous-cutanée. Il cessa bien alors de soulever la peau, mais le gros orteil n'en fut pas redressé de 1 millimètre. J'essayai alors de l'attirer en dedans, à l'aide de divers appareils; toute traction de ce genre devenait promptement insupportable, et, après trois jours de persévérance, il fallut y renoncer, et se borner à interposer un linge cérаté entre le premier et le second orteil.

Le 12 novembre, l'escarre commença à se détacher ; mais, en même temps, apparut un peu de rougeur et de tension sur le dos du pied, en arrière des orteils. La lésion semblait cependant toute locale ; le malade avait bon appétit et dormait à son ordinaire.

Le 14, la rougeur remonta vers le cou-de-pied ; le 15, la plante parut gonflée et douloureuse. L'escarre en tombant avait mis à nu l'extrémité antérieure de la première phalange du second orteil ; et tout cet orteil avait pris une teinte livide.

Le 17, il était décidément sphacélé, et le troisième orteil commençait à se gangrener à son tour. Alors, l'appétit se perdit ; la langue devint sèche et jaunâtre, la fièvre s'alluma. La gangrène remonta sur le dos du pied au niveau des deuxième et troisième métatarsiens. Le 23 novembre, le gros orteil fut pris comme les deux autres ; puis le quatrième.

Cependant, le mal semblait s'être arrêté là ; une petite saignée avait d'abord calmé la fièvre, et rendu un peu d'appétit ; l'opium, le vin de Bordeaux, quelques aliments bien supportés avaient ranimé les forces ; l'escarre s'était bornée ; le malade était gai et causait librement avec ses voisins ; rien, en un mot, ne faisait prévoir une fin prochaine, quand il expira subitement le 28, à quatre heures du matin.

La gangrène ne permit pas d'étudier les dispositions de l'articulation compromise. Quelques recherches sur les artères tibiales antérieure et postérieure mon-

trèrent quelques vestiges d'ossification dans la première ; rien de semblable dans l'autre; l'artère pédieuse et les artères plantaires étaient perméables jusque vers la partie postérieure du métatarse, point au delà duquel elles paraissaient oblitérées.

Il resterait une dernière question à examiner. L'affection pouvant avoir des conséquences si graves, ne faut-il pas tout tenter pour la guérir, et quel est le traitement à suivre?

Je n'ai point à cet égard d'expérience directe, ce que j'ai fait dans le cas précédent ayant échoué à cause de l'intensité du mal. M. Mellet conseille, lorsque la déviation est au début, de porter des chaussures suffisamment longues et larges du bout. Le conseil peut être bon, mais il est assurément insuffisant ; et, soit que le muscle entraîne l'orteil en vertu de sa rétraction, soit que le ligament latéral interne affaibli cède à l'action naturelle du muscle, il faudra certainement maintenir l'orteil en place par des moyens mécaniques jusqu'à ce que l'un ou l'autre état pathologique ait été dissipé.

Lorsque la déviation est bien décidée, M. Mellet dit avoir appliqué plus d'une fois avec succès des moyens mécaniques dont il donne la description. Il confesse cependant qu'*on éprouve souvent de grandes difficultés, à cause de la longueur du traitement, auquel les malades se soumettent difficilement*. Je crains bien plus encore qu'après une guérison complète en apparence, les malades ne soient exposés à une prompte récidive, aussitôt qu'ils auront quitté les appareils.

Que reste-t-il enfin à la chirurgie, soit que la maladie ait récidivé, soit qu'elle soit arrivée à ce degré où la rétraction du ligament interne et la déformation des os rend la guérison impossible? J'ai agité cette question dans mon cours de médecine opératoire ; et, au point où l'on a vu l'affection portée chez quelques-uns de nos sujets, tels que Vahé et Roulin, par exemple, je n'ai pas hésité à professer qu'il y avait là une raison suffisante pour l'amputation du gros orteil, et même, si la tête du premier métatarsien faisait une saillie exorbitante, pour l'amputation dans la continuité du premier métatarsien.

Des scarifications multiples du col à l'aide d'un instrument nouveau *dans le traitement des leucorrhées symptomatiques des engorgements de l'utérus ;* par le Dr **A. Mayer**, de Belfort.

Les praticiens savent combien sont incertains les nombreux moyens dirigés contre les engorgements chroniques de la matrice, et à quelles incommodités cette maladie expose les femmes qui en sont atteintes. Mais ce qui n'est peut-être pas assez généralement admis dans la science, c'est l'origine de ces écoulements leucorrhéiques incoercibles, qui entraînent après eux ce cortége de symptômes protéiformes qui font si souvent des plus belles années de la jeune femme un supplice de tous les instants et une décrépitude prématurée.

C'est après de fréquents mécomptes, en suite d'insuccès répétés, alors que j'eus essayé tour à tour les agents thérapeutiques les plus vantés contre des flueurs blanches, en apparence dégagées de toute complication diathésique, que, sentant ébranlée ma confiance dans les remèdes usuels, je me déterminai à abandonner les sentiers battus et à reprendre *ab ovo* l'étude d'une espèce pathologique digne, à tous égards, de fixer l'attention du médecin ennemi de la routine et jaloux de la dignité de son art.

Mon premier soin dut être tout naturellement de soumettre à une exploration attentive des organes génitaux toutes les malades qui se présentaient à mon observation, affectées d'écoulements vaginaux; je m'éclairais du toucher et du speculum appliqués successivement.

Voici quel fut le résultat de mes investigations. Il me serait impossible de préciser d'une manière exacte le nombre des cas sur lesquels ont porté mes recherches; encore moins pourrais-je déterminer, par des chiffres, dans quelle proportion j'eus à diagnostiquer la vaginite ou la métrite, soit générale, soit localisée.

J'ai dit, dans d'autres occasions, le cas que je fais de la méthode numérique, et quelle est la mesure de ma foi en cette médecine qu'on a décorée fastueusement du titre de *positive*, parce qu'on a cru l'essayer sur des données mathématiques. Toutefois, je puis affirmer que j'ai consacré plusieurs années de patientes recherches à l'élucidation d'un problème qui, à mes yeux, emprunte une extrême importance à la fréquence même avec laquelle il se présente dans la pratique médicale.

Dans certains cas je reconnus une phlegmasie évidente du vagin à l'état aigu. Les antiphlogistiques d'abord, puis les toniques astringents ne tardaient pas à faire justice et de la cause anatomique de la maladie et des symptômes qui en constituaient le cortége. A l'état chronique, j'ai dû parfois adjoindre aux moyens locaux, l'administration à l'intérieur des altérants, tels que : le fer, l'huile de foie de morue ou l'iodure de potassium, selon les médications spéciales. Mais il est une pratique à laquelle je dois une mention toute particulière pour l'excellence des résultats qu'elle m'a procurés. Je veux parler du tamponnement de la cavité vaginale avec un cylindre de coton saupoudré d'alun et introduit à l'aide du speculum. Ce moyen, préconisé dans le temps par le docteur Hourmann, enlevé depuis à la science, jouit d'une efficacité dont aucun autre n'approche assurément.

Voilà pour ce qui est de la leucorrhée symptomatique de la vaginite. Mais je n'hésite pas à le dire, cette variété est de beaucoup la plus rare. Celle qui se trouve sous la dépendance de la métrite chronique, ou plutôt de l'engorgement de l'utérus ou du col, se rencontre, avec une fréquence hors de toute proportion, avec l'espèce dont je me suis occupé jusqu'à présent. Or, comme c'est la leucorrhée utérine qui doit faire le sujet principal de ce travail, c'est à elle que je consacrerai les lignes qui vont suivre.

Tout d'abord, je tiens à bien délimiter l'affection morbide dont je

veux parler, en esquissant sommairement ses différents caractères, afin d'éviter toute confusion et de ne laisser place à aucun doute sur l'identité de la maladie dont il est ici question. C'est, à mon sens, une précaution capitale et dont on ne devrait jamais se départir, lorsqu'on entreprend une étude sur un point quelconque de la pathologie, que de déterminer au préalable, avec toute l'exactitude possible, le sujet qu'on a en vue.

Ainsi, j'ai noté presque invariablement, dans l'examen des femmes affectées de leucorrhées utérines, les symptômes suivants, soit en totalité ou en partie :

L'écoulement, plus ou moins abondant, selon les cas, mais généralement d'une certaine consistance, n'offrait pas toujours le caractère soi-disant pathognomonique qu'assignent les auteurs à la sécrétion de la muqueuse utérine, à savoir la viscosité. Sa coloration était intermédiaire entre le gris sale et le jaune propre au pus. Quelquefois sans influence sensible sur les surfaces qu'il baignait, j'ai vu, dans d'autres circonstances, son âcreté portée à ce degré que la peau des cuisses en était enflammée et même excoriée. Les malades se plaignaient de lassitude spontanée, d'un poids incommode qui pressait sur le rectum, de phénomènes gastralgiques revêtant souvent les formes les plus graves. La prostration des forces et l'amaigrissement étaient portés si loin parfois, que les pauvres femmes ne pouvaient plus s'adonner au moindre exercice. Enfin, des accidents nerveux caractéristiques de l'hystérie compliquaient souvent la situation. Soumises au toucher vaginal, les malades accusaient une sensibilité plus ou moins vive au col de l'utérus que je trouvais engorgé et rénitent. La chaleur locale était augmentée dans certains cas; dans d'autres elle était normale. Par l'application du speculum, je constatais un boursouflement de la muqueuse qui tapisse la surface externe du col ; quelquefois des excoriations superficielles, d'autres fois quelques granulations. Dans un petit nombre de cas, la turgescence était telle qu'au moindre contact il survenait une hémorrhagie passagère. Il va sans dire que j'avais eu le soin, préalablement à toute investigation visuelle, d'absterger au moyen d'une injection poussée à travers le speculum, la partie que je me proposais d'examiner. Avec une pince assez longue j'écartais doucement les lèvres du museau de tanche, et je m'assurais que la sécrétion morbide avait bien sa source dans la cavité du col, sinon à la surface interne de la matrice elle-même. Le vagin participait parfois à l'état pathologique du col utérin, mais alors il fallait l'attribuer au séjour prolongé et aux propriétés irritantes du liquide sécrété plus haut.

Telle est la physionomie synthétique de la maladie que je tenais à spécifier, et à laquelle j'ai appliqué avec succès un traitement que je voudrais voir vulgarisé, dans l'intérêt d'une classe d'êtres nombreuse et digne à tous égards de notre sollicitude.

Je dois dire auparavant, qu'après avoir épuisé tout l'arsenal de la médication antiphlogistique directe et indirecte, sans autre résultat

qu'un léger amendement dans les symptômes et une diminution insignifiante dans l'écoulement leucorrhéique, que le temps ne tardait pas à ramener à son abondance primitive, je voulus, à plusieurs reprises, tenter l'application des sangsues sur le col, selon le précepte de M. Duparcque (*Maladies de la matrice*, t. I, p. 279). Mais je fus bientôt convaincu de l'insuffisance de ce moyen, que les difficultés opératoires rendent d'ailleurs d'un emploi presque impossible dans certaines occurrences. On sait, au demeurant, que cette méthode, suggérée à un praticien habile par une saine appréciation des indications à remplir, n'a jamais acquis une grande vogue, et qu'aujourd'hui elle est même complétement tombée en désuétude. Ce n'est donc plus, en quelque sorte, que comme d'une vue théorique que les livres en font mention. Et il faut s'étonner que devant les obstacles qui s'opposaient à la déplétion locale par les sangsues, on n'ait pas songé depuis longtemps à remplir une indication aussi précise et aussi classique, si je puis ainsi dire, par un procédé qui, dans nombre de cas, peut être sans nul inconvénient substitué à l'action des annélides et atteindre le même but. Il s'agit des scarifications. C'est donc à ce moyen que j'ai eu recours dans plusieurs occasions successives, et j'en ai obtenu des succès si constants, que j'ai cru devoir provoquer l'expérimentation de ce traitement sur une large échelle, en faisant pour cela un appel à mes confrères.

Il est à peine besoin d'indiquer le procédé opératoire que j'ai suivi, tant il est simple et se présente naturellement à l'esprit. J'ai fait adapter à un manche, suffisamment long, une petite lame lancéolée, avec laquelle je pratiquais sur le col utérin un aussi grand nombre de mouchetures que me le permettait l'étendue de la surface mise à nu au fond du speculum, dont je me servais pour dilater le vagin et introduire l'instrument tranchant. Pour obtenir un écoulement de sang plus abondant, je faisais injecter de l'eau tiède à plusieurs reprises; et, comme seul auxiliaire à ce traitement, je recommandais l'usage de bains de siége émollients répétés et prolongés.

Il est pourtant une petite précaution à prendre et qui n'est pas à dédaigner. C'est de ramener dans l'axe du speculum le col de l'utérus lorsqu'il est dévié dans un sens quelconque.

Enfin, en raison de la profondeur à laquelle est située la partie sur laquelle on opère, on éprouve toujours une certaine gêne à manier le scarificateur et surtout à porter les mouchetures sur les limites de l'organe circonscrites par le speculum. Cette circonstance m'a suggéré l'idée d'un instrument dont j'ai confié l'exécution à un ouvrier habile, et qui se trouve en ce moment entre les mains d'une commission que l'Académie de médecine a nommée dans son sein pour l'examiner. Cet instrument se compose de deux pièces :

1° Un speculum plein ordinaire, muni d'une double rainure qui règne dans toute sa longueur sur deux points opposés de sa surface internes et qui est destinée à recevoir les arêtes correspondantes du scarificateur qu'il sert à introduire par glissement;

2° Un scarificateur, qui n'est autre chose qu'un cylindre de cuivre qui glisse à frottement dans le speculum dont il a la longueur, et qui contient dans sa cavité le mécanisme du scarificateur quadrilatère que connaissent tous les praticiens. Pour faire saillir les lames, on fait agir un ressort placé à l'extémité externe de l'appareil.

A l'aide de cet instrument, on obtiendra, sans aucune difficulté, des mouchetures nombreuses et régulières. La douleur de l'opération est presque annihilée par la rapidité et l'instantanéité des scarifications.

On introduit le speculum isolément pour pouvoir ramener vers son centre le col utérin, si c'était nécessaire; puis on présente les arêtes du scarificateur aux rainures du speculum, et lorsque celui-là est parvenu par son extrémité interne jusqu'au col, on le fixe au speculum en serrant une vis disposée à cet effet pour éviter la désunion des deux pièces de l'instrument. Enfin, on lâche le ressort, et on retire tout d'un coup l'appareil en entier.

Je vais rapporter ici quelques observations remarquables de leucorrhées entretenues par des engorgements utérins et guéries par des scarifications multiples du col. Mais ce serait, à mon avis, étendre ce travail sans nulle utilité, puisque c'est d'après l'ensemble des faits que j'ai analysés que j'ai décrit l'état morbide auquel s'applique mon traitement, et qu'il n'y a pas lieu à équivoque à l'endroit du diagnostic.

Cependant on court le risque de n'être point écouté lorsqu'on essaye de nos jours d'introduire dans la thérapeutique un moyen nouveau, sans l'appuyer sur des faits pratiques. J'en choisirai donc trois parmi ceux que j'ai par-devers moi. Je les ai notés avec tous leurs détails, comme représentant par leur gravité des types de l'affection dont je m'occupe.

Obs. I. — Mme M., cantinière, âgée de 32 ans, d'un tempérament nerveux très-prononcé, me consulte en novembre 1844 pour des flueurs blanches qui, dit-elle, l'épuisent et la mettent dans l'impossibilité de continuer à vaquer à ses occupations habituelles. Elle n'a plus d'appétit, et elle éprouve à plusieurs reprises dans la même journée des crampes d'estomac tellement violentes qu'il en résulte de véritables syncopes. Son teint est d'une pâleur terreuse; elle a beaucoup maigri depuis quelques mois, et chaque jour ses forces s'en vont en déclinant. Elle accuse une sorte de ballottement dans le bas-ventre et comme un besoin incessant d'aller à la garde-robe. Ses règles reviennent à des époques irrégulières; tantôt insignifiantes, tantôt d'une abondance extrême. Son dernier enfant a quatre ans. Depuis l'âge de 21 ans elle est affectée de leucorrhée, mais il n'y a que dix-huit mois que sa maladie a acquis une intensité suffisante pour éveiller son attention. Jusqu'à présent elle n'a pas eu recours à l'intervention de l'art, et elle s'est bornée à des soins de propreté. Les rapprochements sexuels lui sont très-douloureux, et elle les redoute plutôt qu'elle ne les recherche. La matière de l'écoulement est plus ou moins dense, suivant les époques, et varie de même pour la nuance. Toujours elle est d'une âcreté excessive, et corrode la partie supérieure des cuisses qui en sont habituellement inondées.

Au toucher, je reconnais une chaleur insolite et une tuméfaction notable du col dont la surface est plus lisse que de coutume.

Au moyen du speculum, je constate un écoulement verdâtre épais, légèrement visqueux, qu'on voit sourdre à travers l'orifice béant du col; le speculum en est bientôt rempli. La muqueuse du col abstergée présente une couleur d'un rouge foncé et paraît d'ailleurs exempte de toute espèce de dégénérescence; il suffit de la toucher, même avec précaution, pour la faire saigner.

J'institue un traitement anti-phlogistique des plus méthodiques, applications réitérées de sangsues à la face interne des grandes lèvres et aux aines, injections vaginales émollientes et opiacées, bains de siége prolongés, boissons délayantes, régime lacté, repos.

Au bout de quinze jours de l'emploi de ces moyens, j'avais modéré un peu l'écoulement, mais aussi j'avais aggravé la débilité de la malade et exaspéré son état nerveux. Et pourtant, je ne voyais de salut que dans les déplétions sanguines opérées localement sur un organe manifestement phlogosé. J'eus recours pour la première fois aux scarifications multiples du col. Dès la première séance, j'obtins une amélioration remarquable dans tous les symptômes, et notamment une grande diminution de l'écoulement.

Je répétai l'opération à quatre reprises et à des intervalles de six à huit jours. Je n'employais concurremment que les bains de siége, et je pus, au moyen d'une alimentation analeptique, réparer graduellement le mal produit par une diététique trop sévère. Au bout d'un mois de ce traitement, les symptômes locaux avaient complétement disparu, et l'écoulement était rentré dans les limites des flueurs blanches les plus bénignes, et telles qu'elles n'exercent plus d'influence sur la constitution. En effet, Mme M. recouvra un teint rosé et reprit de l'embonpoint; ses digestions se régularisèrent, et six mois après, je la revis avec tous les signes extérieurs d'une bonne santé; son écoulement était réduit à un suintement léger qui tachait à peine son linge.

Obs. II. — Mme M....., 28 ans, tempérament sec et nerveux, mariée depuis trois ans, sans enfants, exerçant un commerce qui l'oblige à des voyages continuels, se trouve arrêtée à Besançon, lieu de ma résidence d'alors, en mars 1847, et réclame mes soins. Elle est affectée de leucorrhée depuis l'âge de 20 ans, mais son écoulement n'a cessé de s'aggraver depuis son mariage; habituellement mal réglée, elle a vu ses menstrues se supprimer entièrement il y a quatre mois. Dès ce moment elle se plaint d'une sensation de brûlement dans le fond du vagin et d'un poids incommode à l'hypogastre. Ses flueurs blanches coulent *comme une fontaine* (ce sont ses expressions) et entretiennent chez elle un état érythémateux des parties avec lesquelles elles sont en contact. Tiraillements d'estomac, céphalalgie, accès hystériformes, fatigue au moindre exercice, pâleur de la face, amaigrissement extrême, tel est le contége des symptômes qui accablent cette pauvre femme et lui inspirent de dégoût de la vie.

A l'exploration, au moyen du toucher et du speculum, je reconnais un engorgement considérable du col que je trouve en même temps brûlant et très-sensible, et je m'assure que l'écoulement a son origine dans la cavité de cet organe. Le liquide qui s'en échappe est d'un gris sale très-ténu et seulement mélangé de quelques flocons glaireux. L'orifice est largement entr'ouvert, et la muqueuse, d'un rouge foncé, est çà et là superficiellement érodée. Le haut des cuisses est enflammé et couvert d'une éruption papuleuse abondante.

Je prélude au traitement par des applications de sangsues sur les grandes lèvres et dans les plis des aines; je fais pratiquer des injections émollientes; je prescris des bains de siége et à l'intérieur des pilules ferrugineuses de Blaud; j'insiste sur ces moyens durant trois semaines, mais en vain; je fus obligé d'avoir recours

au procédé qui, plusieurs fois déjà, m'avait rendu des services signalés : je commençai les scarifications multiples sur le col, et cette fois encore l'efficacité de ce moyen ne se démentit pas. Après six séances, qui comprirent un espace de trente-deux jours, j'avais rendu la santé à Mme M..... qui reprenait ses pérégrinations sans ressentir plus aucune incommodité. Je l'ai rencontrée depuis; il y avait dix mois que je ne l'avais vue, et je reconnus à peine en elle l'être chétif et souffreteux que j'avais soigné autrefois. Elle n'avait plus de flueurs blanches qu'à certaines époques, et elles lui annonçaient généralement l'apparition prochaine des règles.

Obs. III. — Mme P...., ouvrière en horlogerie, 27 ans, tempérament lymphatico-nerveux, mariée depuis cinq ans, mère de deux enfants et ayant fait une fausse couche il y a cinq mois, est affectée depuis six ans d'une leucorrhée d'intensité habituellement modérée, mais variable d'ailleurs selon une foule de circonstances, comme les saisons, la température, l'état hygrométrique de l'air, et enfin les conditions individuelles. Les règles reviennent irrégulièrement depuis un an ; tantôt très-copieuses, elles sont le plus souvent constituées par un faible suintement d'un sang pâle qui tache à peine son linge. Quelquefois elles ne durent qu'un ou deux jours. La malade n'avait jamais consulté de médecin lorsqu'elle vint se soumettre à mes soins en 1848.

L'écoulement, séreux et fétide auparavant, selon les renseignements commémoratifs que j'obtins de Mme P...., avait pris depuis huit jours une consistance plus grande et une couleur verdâtre très-prononcée. Mais ce qui avait surtout déterminé la malade à requérir les secours de l'art, c'est une violente douleur à la région hypogastrique et vers le museau de tanche, une lassitude extrême et un mouvement fébrile très-prononcé ; perte d'appétit et soif vive, quelques nausées, principalement le matin à jeun.

Le toucher me fait reconnaître une tuméfaction considérable du col qui est sensible à la pression et très-chaud. La matière de l'écoulement est d'aspect purulent.

Le speculum fait voir la cavité vaginale saine, et la muqueuse qui tapisse la surface externe du col exempte de toute altération matérielle ; seulement elle paraît boursouflée et d'un rouge plus foncé qu'à l'état normal. Les lèvres du museau de tanche sont épaissies et livrent passage à un liquide médiocrement abondant.

Je débute d'emblée par des scarifications multiples sur le col, et j'obtiens une quantité de sang assez grande au moyen d'injections répétées. Je renouvelle la même opération quatre jours plus tard, et je prescris seulement des bains de siége et le régime des affections aiguës.

Le huitième jour toute douleur avait cessé ; le col était notablement diminué de volume et l'écoulement avait complétement changé de caractère ; devenu presque séreux, il avait considérablement perdu de son abondance. Quelques injections avec le sous-acétate de plomb liquide, pratiquées pendant quelques jours, achevèrent la guérison.

De ce qui précède il est permis de conclure :

1° Qu'il est une espèce de leucorrhée symptomatique d'un engorgement aigu ou chronique de la matrice, ou seulement du col ;

2° Que cette espèce de leucorrhée, incoërcible par les moyens ordinaires, exige les déplétions sanguines locales ;

3° Que les sangsues appliquées loin du col sont inefficaces, et que leur application sur le col même est hérissée de difficultés telles que ce moyen est tombé en désuétude ;

4° Qu'il est possible de suppléer à l'action locale des sangsues par des scarifications multiples de la surface externe du col de l'utérus;

5° Qu'un instrument, spécialement adapté à cet organe et rendant l'opération des plus faciles, mérite de fixer l'attention des praticiens et de prendre place dans le traitement d'une affection souvent rebelle à toute autre médication (1).

REVUE CRITIQUE.

Médecine.

NOTE POUR SERVIR A ÉCLAIRER LA QUESTION DE L'HÉRÉDITÉ DANS LA PHTHISIE; *par* M. LE DOCTEUR HERVIEUX.

Nous avons promis de revenir sur cette note, présentée à l'Académie dans le but d'éclairer une question sur laquelle ont été émises les opinions les plus contradictoires, savoir l'hérédité dans la phthisie pulmonaire. Nous laisserons M. Hervieux exposer lui-même ses idées.

Tout le monde admet aujourd'hui que c'est en grande partie à la transmission héréditaire qu'est due la propagation de cette funeste maladie. Mais comment s'opère cette transmission?

Faut-il admettre avec Richter (*Special Therapie*, t. XI, p. 396) que les parents transmettent des tubercules à leurs enfants, c'est-à-dire qu'il existe dans l'embryon une disposition organique qui doit nécessairement, à une certaine époque de la vie, donner lieu au développement des tubercules; ou bien avec Clark, que les parents transmettent seulement à l'enfant une conformation, une organisation qui le rend plus disposé qu'un autre à être atteint de phthisie (*The influence of climates in the prevention and cure of chronic diseases*, p. 243, Londres, 1829); ou bien encore avec M. Denis (*Rech. d'anat. et de physiol. pathol. sur plusieurs maladies des enfants nouveau-nés;* Paris, p. 348), que les tubercules n'existent jamais avant le cinquième ou sixième mois de la naissance?

Il nous sera facile, à l'aide des résultats que nous allons présenter, de faire dans chacune de ces opinions la part de l'erreur et celle de la vérité.

Alors que nous étions interne aux Enfants-Trouvés, nous avons eu occasion de faire sept cent onze ouvertures de corps. Quatre cents environ de ces cadavres appartenaient à des enfants qui n'étaient pas âgés de plus de quinze jours; les trois cents autres à des enfants âgés de quinze jours à cinq années au plus.

Eh bien! sur le chiffre total de 711, nous n'avons trouvé que trente-deux fois les traces de la maladie tuberculeuse, circonstance qui devra paraître bien extraordinaire à ceux qui connaissent la fréquence de cette affection chez les jeunes enfants; mais on a déjà observé que ce chiffre de trente deux ne devait pas, ne pouvait pas être également réparti sur toute la masse des sujets autopsiés, et qu'à cela tenait la différence qui existe entre le résultat de nos recherches et le résultat des investigations antérieures aux nôtres.

En effet, chez les 400 nouveau-nés qui n'avaient pas dépassé le quinzième jour de la vie extra-utérine, combien de fois avons-nous rencontré les lésions anato-

(1) *Gazette médicale de Strasbourg.*

miques de l'affection tuberculeuse? Deux fois seulement. L'un de ces enfants avait onze jours et l'autre treize. Combien de fois chez les trois cents autres? Trente fois. La conséquence de ce fait est facile à déduire.

C'est que l'affection tuberculeuse se rencontre chez les enfants dans les premiers jours qui suivent la naissance, mais qu'elle est excessivement rare à cet âge.

Voyons maintenant comment les autres âges sont partagés.

De quinze jours à un an, nous trouvons l'affection tuberculeuse huit fois; d'un an à deux ans, huit fois; de deux à trois ans, dix fois; de trois à cinq, quatre fois. Le chiffre de quatre pour l'âge de trois à cinq ans n'a pas lieu de nous surprendre, parce qu'au delà de trois ans on ne recevait à l'infirmerie qu'un très-petit nombre d'enfants.

Mais nous demanderons la permission de revenir sur la manière dont le chiffre huit se répartit dans l'âge de quinze jours à un an.

Jusqu'à l'âge de quatre mois, 0; à quatre mois accomplis, 1; à six mois, 1; à neuf mois, 2; à onze mois, 2; à douze mois, 2.

Il résulte de ce dernier tableau que la rareté de la tuberculisation chez les nouveau-nés n'est plus comprise seulement dans l'intervalle du premier au quinzième jour de la naissance, mais s'étend encore au quatrième mois.

En présence du fait que nous venons d'établir, on conçoit sans peine que des auteurs distingués aient pu nier la possibilité de l'existence des tubercules avant le cinquième mois; tels sont MM. Breschet, Denis et Guyot.

Mais on conçoit beaucoup moins l'opinion de ceux qui pensent que les parents transmettent à leurs enfants des tubercules congénitaux, et non plus seulement la disposition à contracter la maladie tuberculeuse. Quels sont, en effet, les faits sur lesquels s'appuierait une telle manière de voir?

Ils sont, il faut le dire, très-rares. Chaussier, MM. Husson, Papavoine, Fleury ont rencontré chez des nouveau-nés, les uns des tubercules miliaires, les autres des tubercules ramollis et même des cavernes. Mais, encore une fois, ces cas sont en très-petit nombre, et on ne saurait en conclure rien autre chose, sinon que dans quelques cas exceptionnels les tubercules peuvent se développer avant la naissance.

Quelques mots seulement sur les lésions anatomiques par lesquelles s'est manifestée l'affection tuberculeuse chez les deux nouveau-nés morts dans les premiers quinze jours de la vie extra-utérine.

Chez l'enfant âgé de onze jours, nous avons vu tout le lobe inférieur du poumon gauche criblé de tubercules miliaires. Ils formaient comme un semis au milieu du parenchyme pulmonaire, qui présentait dans cette partie tous les caractères de l'hépatisation rouge. En pressant les dernières divisions bronchiques, on faisait suinter un muco-pus assez abondant. Le reste du poumon gauche était sain. Le poumon droit était fortement hépatisé dans ses deux tiers postérieurs, mais n'offrait aucune trace de tubercules; sous l'arachnoïde, à la partie la plus élevée de la surface convexe de l'hémisphère droit, existait un petit tubercule du volume d'une tête d'épingle.

Chez l'enfant âgé de treize jours, il existait au sommet de chaque poumon deux ou trois tubercules crus de la grosseur d'un pois environ. Les ganglions bronchiques étaient aussi tuberculisés.

Le premier de ces enfants avait été apporté à l'infirmerie comme ictérique, le second comme induré.

L'existence des tubercules dans ces deux cas était-elle ou non antérieure à la naissance?

Je le crois. Mais quelle que soit l'opinion qu'on adopte à cet égard, nous appelons l'attention de l'Académie sur le fait de la rareté bien constatée de l'affection tuberculeuse avant le quatrième mois à dater de la naissance. Il résulte-

rait aussi de là que, si l'hérédité de cette maladie se fait par transmission directe, dans l'immense majorité des cas les enfants n'héritent que de la prédisposition à la contracter.

La proposition que nous venons d'établir est importante, non-seulement par la lumière qu'elle jette sur un point obscur d'une des questions les plus élevées de notre art, l'hérédité, mais par les conséquences pratiques qu'on peut en tirer. Démontrer que les enfants ne naissent pas tuberculeux, mais seulement prédisposés aux tubercules, n'est-ce pas donner d'avance gain de cause à la prophylaxie de cette affection ? Car, si dans un hopital, où se trouvent réunies tant de causes d'insalubrité, les nouveau-nés prédisposés à la phthisie ne sont atteints de cette fatale maladie que vers le quatrième ou cinquième mois au plutôt de la vie extra-utérine, n'est-il pas évident qu'en ville ou à la campagne le terme de cette manifestation sera encore bien plus éloigné? Que sera-ce donc si l'on met en usage tous les moyens préventifs que l'art met à notre disposition ?

TRAITEMENT DES MIGRAINES ET DES NÉVRALGIES FACIALES ; *par* M. J.-J. CAZENAVE, *de Bordeaux.*

Jusqu'ici on a vainement cherché un médicament qui pût toujours calmer les douleurs hémicraniques, la névralgie orbito-frontale, connues sous le nom de migraine, et les douleurs déchirantes, les *fulgura doloris* de la névralgie faciale.

A moins d'indications particulières, et depuis près de deux ans, je traite ces deux névroses avec des succès très-marqués, en usant d'une pommade dont voici la formule :

Chloroforme pur......	12 gram.
Cyanure de potassium..	10 —
Axonge récente.......	60 —

Cire, suffisante quantité pour obtenir la consistance d'une pommade.

Je sais que le cyanure de potassium a été employé avec succès, dans la névralgie faciale, par Lombard, de Genève. Toutefois, dans les expériences comparatives que j'ai faites, tantôt avec ce médicament seul, employé en topique, selon les données fournies par le savant médecin suisse, et tantôt avec la pommade dont je viens de donner la formule, j'ai obtenu des résultats tout à fait différents. C'est ainsi qu'un tiers à peine des malades chez lesquels je n'ai employé que le cyanure de potassium a été fort peu soulagé, tandis que tous ceux que j'ai traités de la migraine ou d'une névralgie faciale par la pommade, ont été, les uns (près des deux tiers) guéris, et les autres (un tiers) très-notablement soulagés.

Tels sont les résultats de mon expérience personnelle, que j'ai hâte de voir se confirmer dans les mains de ceux de mes confrères qui voudront bien prendre la peine de suivre les instructions que je prends la liberté de leur donner. Voici ces instructions.

Il faut prendre le soir, en se couchant, gros de la pommade comme deux œufs de pigeon, l'étendre sur la paume des mains, et en enduire les cheveux en tous sens. Dès que cette opération est terminée, et il faut y procéder très-rapidement, on couvre la tête avec un bonnet en taffetas ciré et à coulisse, afin que la volatilisation du chloroforme soit à peu près nulle. En opérant de la sorte, les cheveux et le cuir chevelu sont enduits de pommade pendant douze heures; et on recommence de la même façon, plus ou moins souvent, selon que les douleurs cèdent rapidement ou lentement.

Bien que j'aie toujours obtenu d'excellents effets de l'application de la pommade au chloroforme et au cyanure de potassium, l'expérience m'a appris qu'il fallait persévérer dans l'usage de ce moyen, malgré la disparition des douleurs, et cela parce que les rechutes sont faciles, si l'on ne prend pas de grandes précautions pour les éviter.

La pommade sur l'emploi de laquelle je viens de donner quelques indications

a toujours été préparée, depuis deux ans, et d'après ma formule, par notre excellent chimiste M. Fauré, de Bordeaux, et se conserve six mois sans altération.

EFFETS REMARQUABLES DU COLCHIQUE D'AUTOMNE DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES FORMES D'ANASARQUE, *accompagnées de suppression d'urine et de diminution dans la proportion de certains matériaux constituant de ce liquide;* par M. MACLAGAN.

Parmi les propriétés physiologiques les plus remarquables du colchique d'automne, il faut certainement placer celle qui a été signalée par le professeur Chélius, de Heidelberg, à savoir, d'augmenter en très-peu de temps, de doubler même la proportion d'acide urique dans l'urine des personnes soumises à l'emploi de ce médicament. Plus tard, Christison constata que le colchique exerçait une action semblable sur la présence de l'urée.

M. Maclagan, par des expériences récentes, a constaté que les résultats annoncés par Chélius et Christison sont parfaitement exacts; c'est ainsi que chez un malade qui était atteint de syphilis secondaire, mais sans autre altération dans sa santé générale, M. Maclagan a vu la proportion d'urée s'élever de 13,360 à 15,500 en trois jours, à 18,341 en six jours; de même pour l'acide urique dont la proportion s'est élevée de 0,281 à 0,491 en trois jours, et à 0,750 en six jours. Que cela tienne, comme l'ont pensé quelques personnes, à une action intime de l'organisme, en vertu de laquelle l'acide urique est converti en urée, ou, ce qui est plus probable, à un accroissement véritable des deux principes constituants de l'urine, toujours est-il que cette singulière propriété du colchique, en vertu de laquelle, comme on vient de le voir, la proportion d'urée est augmentée d'un quart, et celle de l'acide urique presque doublée après trois jours de l'emploi de ce médicament, devait appeler l'attention des médecins vers l'administration de cet agent thérapeutique dans les cas où l'urée et l'acide urique sont en proportion moindre qu'à l'état normal, et remplacés, comme cela a lieu le plus souvent, par d'autres matériaux organiques. Or, parmi les maladies dans lesquelles s'observe à un très-haut degré cette diminution dans la quantité de l'acide urique et de l'urée, se placent certaines formes d'anasarque et en particulier celles qui succèdent à la scarlatine, dans lesquelles la quantité d'urine est souvent réduite à tel point que cela équivaut à une suppression complète, et l'albumine remplace l'acide urique et l'urée qui y manquent; affections assez souvent accompagnées d'accidents comateux graves.

C'est dans cette dernière forme d'anasarque que M. Maclagan a essayé de faire appel aux propriétés diurétiques particulières du colchique. Appelé à donner des soins à un malade affecté d'anasarque, avec symptômes comateux et suppression d'urine, consécutive à la scarlatine, contre laquelle les délayants et les diurétiques ordinaires avaient été administrés sans autre résultat que d'augmenter d'une manière insignifiante la quantité des urines, M. Maclagan prescrivit à son malade l'extrait acétique de colchique. La veille de l'administration de ce médicament, l'urine qui avait été analysée contenait seulement 2,427 d'urée, une trace d'acide urique, tandis que l'albumine y était dans la proportion de 14,490, et les sels inorganiques dans celle de 13,510. Le lendemain du jour où l'on avait commencé l'emploi du médicament, les symptômes comateux avaient considérablement diminué; l'urine était abondante et avait repris sa densité normale. L'examen de ce liquide, pratiqué le troisième jour, fit reconnaître une augmentation considérable dans la proportion de l'urée et de l'acide urique (7,500 pour la première, 0,480 pour le second), tandis que l'albumine était descendue à 7,943 et les sels inorganiques à 8,718. Dans la soirée du quatrième jour, les

symptômes comateux avaient disparu, l'urine avait repris sa densité et ses proportions normales; il ne restait plus de traces des épanchements et de l'anasarque. Le cinquième jour, il était survenu de la diarrhée; il fallut suspendre l'emploi du colchique; mais l'examen de l'urine montra que l'albumine avait disparu, en même temps que l'urée et l'acide urique étaient revenus à leurs proportions normales (13,573 et 0,814), et que les sels inorganiques étaient descendus à 7,431.

M. Maclagan ajoute qu'il a traité deux autres malades présentant les mêmes accidents, à l'aide du même moyen et avec un succès semblable.

Il est essentiel d'ajouter que la préparation dont il a fait usage était l'extrait acétique de bulbes de colchique, déjà vanté par Scudamore dans le traitement de la goutte et du rhumatisme; et que la dose à laquelle on peut prescrire cette préparation varie de 5 à 15 centigrammes, répétée deux ou trois fois par jour.

(*Monthly journal of Med.*; et *Bulletin général de thérapeutique.*)

NOTE SUR L'USAGE D'UNE PATE DE SEMENCES DE CITROUILLES CONTRE LE TÆNIA.

Depuis quelques années, M. le docteur Brunet a fait part à la Société de médecine de Bordeaux des bons effets *tænifuges* de la pâte de semences de citrouilles. A compter de ce moment, plusieurs de nos confrères ont cité des cas assez nombreux d'expulsion de ce ver à la suite de l'usage de ce remède; on a aussi rapporté des cas où il n'avait pas réussi. M. Brunet, à la première mention qu'il fit de ce moyen, disait le tenir de quelque capitaine de navire, qui rapportait l'avoir vu réussir dans des pays qu'il avait explorés.

M. de Lamothe, dans une des dernières séances de la Société, signala un article sur ce sujet, contenu dans la *Revue médicale* (septembre 1820). Cet article n'est guère que la reproduction de celui que donnait le *Journal universel des sciences médicales* (juin 1820), que nous croyons devoir reproduire.

Il est de M. le docteur Mongeny, médecin de l'hôpital de la colonie de Fernandina, dans l'île de Cuba; le voici:

« J'ai constamment obtenu, dit l'auteur, le succès le plus heureux contre le tænia, par une nouvelle méthode que le hasard m'a fait découvrir: elle consiste à faire prendre le matin, au malade à jeun, 90 grammes d'une pâte faite avec la citrouille fraîche, et ensuite 180 grammes de miel en trois doses, la première au bout d'une heure, et les deux autres à la même distance.

« Par ce procédé, le tænia a toujours été expulsé dans le laps de six à sept heures. Plusieurs ayant résisté au remède de la veuve Nouffer, à la méthode de M. le professeur Bourdier, à celle de M. Récamier et à tous les remèdes connus, ont été évacués par le moyen que je viens d'indiquer.

« Ce médicament doit mériter la préférence par la promptitude et la facilité avec laquelle il opère. Le tænia est rendu noué et entortillé sur lui-même et non par fragments, comme il arrive dans les cas où l'on administre les autres anthelminthiques. Ce phénomène, dont je ne chercherai pas à donner une explication, a toujours eu lieu, et il m'a causé beaucoup d'étonnement. Chez des sujets qui recélaient deux tænia, ces vers ont été expulsés simultanément et dans leur entier. »

A Bordeaux, c'est la pâte avec les semences que nous employons à la dose de 45 grammes pour autant de sucre. Il serait curieux de savoir si la pulpe de la citrouille aurait le même effet; nous l'essayerons à la première occasion.

A ce propos, nous dirons que, dans aucune matière médicale à notre disposition, nous n'avons trouvé mention de ce remède comme purgatif; mais dans un commentaire de Matthioli sur la matière médicale de Dioscoride, on lit: *Totius fervefactæ et expressæ succus*,

cum melle exiguo et nitro potus, alvum leniter resolvit.

Ne serait-ce pas à cette action laxative qu'est dû le bon effet du remède? Là aussi se trouve le mélange avec le miel qui, peut-être, a encore son action.

Chirurgie.

NOTE SUR LE MIROIR OCULAIRE DE M. HELMHOLTZ *pour l'exploration de la rétine sur le vivant.*

M. Helmholtz, professeur de physiologie à l'Université de Kœnigsberg, a imaginé un appareil pour éclairer et explorer la rétine sur le vivant; il a publié sur ce sujet une brochure toute récente (Berlin, 1852), d'où M. Donders, professeur à Utrecht, a extrait les détails qui suivent, communiqués aux *Annales d'oculistique.*

Pourquoi le fond de l'œil paraît-il complétement noir, bien que les vaisseaux de la rétine, le lieu d'insertion du nerf optique, et la rétine elle-même réfléchissent la lumière?

C'est que les rayons lumineux qui frappent un point donné de la rétine, pour autant qu'ils sont réfléchis, se réunissent en dehors de l'œil, précisément dans le point même d'où ils sont partis, et que, par conséquent, dans chaque position, ce ne sont que les rayons de sa propre pupille noire qui reviennent dans la pupille de l'œil qui observe. Ainsi donc, pour examiner la rétine, il faut que le regard puisse plonger dans l'œil, selon la direction suivie par la lumière qui y entre.

Comment réaliser cette condition? D'une manière fort simple, en dirigeant le regard dans l'œil à travers le verre même qui sert de miroir réflecteur.

Que, dans une chambre obscure, on place une bougie en dehors et un peu en avant de l'œil qu'on veut examiner, et qu'en face de cet œil on assujettisse une plaque en verre à surfaces parallèles, inclinée de manière que les rayons lumineux de la bougie, tombant obliquement sur une de ses faces, soient réfléchis directement dans l'œil du sujet. Si maintenant l'observateur se place directement en face du patient, et regarde au fond de son œil à travers la plaque oblique, il verra en effet la rétine éclairée, et il pourra en explorer successivement les diverses parties, en faisant tourner l'œil du sujet dans des directions différentes.

Mais voit-on, par ce moyen, des images bien nettes de la rétine? Nullement. Il faut, pour que cette condition se réalise, que les rayons lumineux qui partent d'un point de la rétine à observer se réunissent dans un même point de la rétine observatrice. L'œil que l'on veut observer est accommodé pour la vision d'objets plus ou moins rapprochés; il s'ensuit que les rayons qui se réunissent exactement sur la rétine ont atteint la cornée en divergeant légèrement; les rayons réfléchis de la rétine suivent nécessairement le même parcours; c'est donc en convergeant qu'ils tombent sur la cornée de l'œil observateur. Ces rayons convergents se réunissent avant d'arriver à la rétine. Il s'agit, par conséquent, de les rendre parallèles ou légèrement divergents avant qu'ils frappent l'œil observateur, et si les expérimentateurs sont myopes, les rayons doivent même être rendus assez divergents. Cela s'obtient à l'aide d'un verre concave du nº 6 à 12 de l'échelle ordinaire. La force de ce verre concave est déterminée par la puissance réfringente tant de l'œil observé que de l'œil observateur. On a en outre l'avantage que l'œil observé et l'œil observateur se rapprochent de très-près, et que l'on observe alors une très-grande partie de la rétine dont on voit les images sous un grossissement de vingt-quatre fois à peu près. Dans cette expérience, il faut considérer les milieux

réfringents de l'œil observé comme l'objectif d'un microscope dont le verre concave serait l'oculaire. L'emploi de deux verres concaves, comme oculaire, n'aurait ici aucun avantage.

M. Helmholtz a construit, d'après ces principes, un instrument dans lequel les miroirs, les meilleurs réflecteurs, sont disposés sous l'angle le plus avantageux, et dans lequel on peut ajuster différents verres concaves (deux à la fois pour les yeux fortement myopes). La réunion de toutes ces parties dans un pareil instrument, dont la surface interne est tapissée de velours noir, est surtout indispensable, puisque toute lumière étrangère doit être écartée de l'œil observateur, la lumière réfléchie n'étant déjà pas vive.

Le point d'entrée du nerf optique (où il y a absence de pigment) se distingue par sa couleur blanche. On voit pénétrer l'artère et la veine par la substance du nerf optique, qui est éclatante et transparente durant la vie. L'artère se distingue aisément de la veine par le rouge vif du sang et les doubles contours de sa paroi. L'aspect des vaisseaux rouges nettement dessinés sur le fond blanc de cette partie est magnifique à voir. M. Helmholtz a toujours distingué, un peu vers l'intérieur, à côté du nerf, une petite ligne ombrée en forme de faucille qui paraît être le résultat d'un pli de la rétine. La rétine offre, dans le reste de son étendue, un fond légèrement rouge dépendant des vaisseaux capillaires, tandis que les grosses ramifications sont vues distinctement. Le fond est plus éclatant aux environs du nerf optique, parce que la rétine y est plus épaisse. La tache jaune, qui est située dans l'axe optique, se reconnaît à sa couleur foncée, gris-jaune, sans mélange de rouge; on n'y distingue pas de vaisseaux. L'examen est ici embarrassé par l'image de réflexion de la cornée.

D'après ce que l'on observe sur les yeux sains, M. Helmholtz ne doute nullement de la grande facilité avec laquelle les diverses altérations de la rétine pourront être appréciées. On pourra distinguer avec certitude la congestion vasculaire, la distension variqueuse des vaisseaux, des exsudations qui se forment dans le tissu de la rétine, au-devant ou en arrière de cette membrane (selon que les vaisseaux y sont recouverts ou non); les opacités de l'humeur vitrée, le degré d'opacité en divers endroits, etc., pourront également être reconnus.

Ce sont là de belles espérances; jusqu'à quel point se réaliseront-elles? C'est ce que l'expérience seule pourra décider. Nous n'avons pas vu l'appareil de M. Helmholtz; mais nous avons pu expérimenter par nous-mêmes un appareil analogue construit par M. Follin, et qui paraît avoir sur celui du professeur allemand de notables avantages; nous transcrirons d'abord ici le résumé d'une note lue par M. Follin à la société de chirurgie.

NOUVEAU MIROIR OCULAIRE *pour l'exploration de la rétine;* par M. FOLLIN.

Nous avons vu cet appareil chez M. Nachet, l'un de nos plus habiles opticiens, que M. Follin a chargé de sa construction. Une bougie placée en arrière d'une lentille, envoie un faisceau de rayons lumineux sur une plaque de verre à surfaces parallèles, disposée obliquement de façon à les renvoyer dans l'œil à explorer; tandis que l'observateur regarde directement à travers cette plaque, en s'aidant d'un verre concave accommodé à sa propre vue. Le tout est fixé sur un support invariable; et l'exploration doit toujours se faire dans une chambre obscure. On voit que c'est au fond l'appareil de M. Helmholtz; l'addition essentielle est celle de la lentille qui concentre les rayons lumineux.

« Le fond du globe oculaire est éclairé par une lumière douce, partout d'égale intensité. Ce n'est plus, comme dans l'appareil du professeur allemand, l'image d'une flamme qui, réfléchie dans l'œil, n'éclaire que des parties très-restreintes de la rétine. La fixité de l'appareil, la

projection constante et toujours égale des rayons lumineux, ont permis de constater les dispositions suivantes : quand l'appareil a été convenablement adapté, tout le fond du globe oculaire paraît lumineux, et cette lumière est jaunâtre. Puis, dès que l'oculaire est placé au point de vision de l'observateur, on aperçoit sur le fond lumineux une teinte rouge générale, et bientôt des vaisseaux assez nombreux, d'un rouge très-vif, formant souvent un très-élégant réseau. Il est facile de distinguer dans ces vaisseaux leurs deux bords et leur contenu sanguin. On les voit tantôt parallèles comme marchent les artères et les veines, tantôt disposés d'une façon réticulée. Plus d'une fois, M. Follin a pu voir le centre vasculaire de la rétine, et reconnaître le point d'où l'artère et la veine centrale s'épanouissent en rameaux. Là, les vaisseaux semblent coupés net et disparaissent.

« M. Helmholtz a cru distinguer dans ces vaisseaux les battements rhythmiques. M. Follin n'a rien vu d'analogue à des pulsations. Mais souvent un vaisseau, même volumineux, s'affaisse pour reparaître quelques instants après, sans qu'il y ait de régularité dans ce phénomène. Quelque soin qu'il ait mis à rechercher la tache jaune, il n'a pu y parvenir ; il pense avec M. Nachet pouvoir arriver à ce résultat, en projetant dans l'œil des lumières de coloration autre que la couleur jaune.

« Après avoir indiqué principalement les résultats obtenus sur un œil normal, M. Follin signale quelques faits pathologiques. Sur un malade entré à l'Hôtel-Dieu pour une plaie de la cornée, une hernie de l'iris, avec affaiblissement de la vision, et vue double du côté de l'œil blessé, M. Follin a reconnu avec M. Nachet que le champ lumineux était divisé par une ligne noire dont il n'a pu encore préciser la nature.

« Un autre malade, atteint d'une sensibilité très-vive à la lumière, due à un état congestif de l'œil, a montré aux observateurs une rétine fortement vascularisée.

« Chez deux cataractés, salle Saint-Jean, à l'Hôtel-Dieu, dont l'un portait seulement aux deux yeux une opacité centrale et peu étendue, les résultats ont été plus nets. Le champ lumineux, interrompu par les opacités cristallines, les traduisait très-exactement à l'observateur.

« En résumé, à l'aide de cet appareil, M. Follin croit qu'on pourra apprécier les différents états de congestion de la rétine, ses ecchymoses, ses varices, les productions cancéreuses qui débutent parfois à sa surface, etc. L'état du cristallin que doivent traverser les rayons lumineux, n'échappera pas non plus à l'observateur, quoique l'examen soit ici presque négatif. Dès lors, l'appareil serait encore utile dans les cataractes noires ou commençantes. »

Comme on voit, M. Follin n'en est guère encore, comme M. Helmholtz, qu'aux espérances. Dans l'expérience qu'il a bien voulu nous faire faire avec son appareil, nous avons en effet aperçu le fond de l'œil éclairé d'une très-vive lumière, et nous avons pu distinguer des vaisseaux fort grossis qui traversaient le champ de la vision. C'était une jeune enfant, la fille de M. Nachet, qui se prêtait à l'expérience, sans paraître en souffrir ; cependant, en nous mettant à sa place, la lumière ainsi projetée dans l'œil nous fatiguait au bout de quelques secondes. Il est essentiel de dire que l'œil ainsi exploré doit être maintenu dans l'ombre, à l'aide d'un écran ou simplement de la main interposée entre lui et la bougie. Quel que doive être d'ailleurs le sort de la nouvelle découverte, nous pensons qu'elle excitera vivement l'attention des chirurgiens.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE CHÉILOPLASTIE POUR LA LÈVRE SUPÉRIEURE; *par* M. SÉDILLOT.

M. Sédillot vient d'adresser à la Société de chirurgie une observation intéressante de restauration de la lèvre supé-

rieure par un procédé qui lui est propre.

Un militaire, âgé de quarante-neuf ans, avait la totalité de la lèvre supérieure et une partie de la joue gauche détruites par un ulcère cancroïde ou épithélial, dont les ravages dataient de vingt-deux ans. Déjà le mal avait envahi le bord alvéolaire correspondant aux quatre dents incisives et à la canine gauches. La difformité était affreuse; M. Sédillot conçut la pensée d'y remédier par un procédé qu'il avait précédemment déjà mis en usage avec succès et publié, en 1848, dans la *Gazette médicale de Paris*.

Ce procédé est une application ingénieuse de la méthode indienne : il consiste à tailler de chaque côté de la région mentonnière et dans l'épaisseur de la joue des lambeaux verticaux, quadrilatères, à base supérieure, et dont les dimensions sont en rapport avec la perte de substance qu'ils sont appelés à remplir.

Ces lambeaux, disséqués, sont conduits de bas en haut à la rencontre l'un de l'autre, par un mouvement de quart de rotation, sans inversion de leurs surfaces, et réunis sur la ligne médiane par deux points de suture entortillée. Pour constituer le bord libre de la lèvre, la muqueuse et la peau sont réunies par une suture en surjet; enfin, quelques épingles servent à rapprocher les plaies résultant de la formation des lambeaux.

Telle est l'opération que M. Sédillot exécuta sur son malade ; seulement l'altération des os le mit dans la nécessité d'extraire préalablement les quatre incisives, les deux canines et la première petite molaire gauche, puis de détruire avec la gouge et le maillet toute la portion du bord alvéolaire correspondant aux dents enlevées.

L'opération, quoique longue, fut heureusement terminée.

La guérison ne fut traversée par aucun accident grave; elle était complète au bout de deux mois.

Les cas de restauration de la lèvre supérieure sont rares, et jusqu'ici les procédés mis en usage dérivaient de la méthode par glissement. Le plus important, décrit d'abord par M. Malgaigne, avait été mis plus tard en usage avec succès par Lisfranc, A. Bérard et Thomas. Mais on conçoit que l'état des parties le rende d'une application difficile; et alors le procédé de M. Sédillot pourra devenir d'une utile ressource.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA CURE PALLIATIVE DU VARICOCÈLE, *par* M. RICHARD, du Cantal, *médecin vétérinaire.*

Ce procédé n'est guère qu'une modification apportée à celui de M. Hervez de Chégoin, qui propose, comme on sait, de tirer en bas la peau du scrotum du côté malade et de l'entourer d'un lien au-dessous du testicule, faisant ainsi remonter cet organe avec le varicocèle du côté de l'anneau inguinal, et le laissant soumis à la pression bienfaisante des téguments. A. Cooper arrivait au même but par une opération sanglante, en excisant toute la peau exubérante du scrotum. M. Richard remplace le lien de M. Hervez par un tube élastique, de la manière suivante.

On prend une bande de caoutchouc non vulcanisé large de 2 à 3 centimètres, dont la longueur est mesurée préalablement sur le scrotum. On fait à ses deux extrémités une coupe fraîche et régulière à l'aide de bons ciseaux, on les soude par un simple rapprochement, et l'on obtient ainsi une espèce de rond de serviette dans lequel on engage la portion excédante du scrotum.

M. Richard a fait sur lui-même l'expérience de ce petit appareil et il s'en est bien trouvé. M. Nélaton l'a essayé récemment chez un ouvrier qui portait un varicocèle très-petit, mais déterminant des douleurs si vives et si persistantes dans la bourse correspondante et dans les reins, qu'il demandait à être soulagé par n'importe quelle opération. L'application de l'appareil a immédia-

tement fait disparaître toute douleur. On peut donc l'essayer en pareil cas; toutefois, nous ne saurions nous défendre d'un doute; cette compression sur la peau du scrotum est assurément innocente au premier moment; mais au bout d'une journée de fatigue, n'en résultera-t-il pas un œdème, ou même quelque chose de plus?

Obstétrique.

DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ *dans un but médical.*

L'Académie de médecine a consacré plusieurs séances à la discussion de cette question, dont la gravité n'est guère moindre au point de vue de la morale qu'au point de vue de la science. Le point de départ du débat était une observation de M. Lenoir sur laquelle M. Cazeaux a fait un rapport fort étendu. Donnons d'abord le résumé de l'observation.

La nommée Julie Gros, âgée de 35 ans, était à sa troisième grossesse, lorsqu'elle vint, dans le courant de novembre 1850, réclamer les soins et les conseils de M. Lenoir. Déjà, en 1846, étant enceinte pour la première fois, elle était entrée à l'hôpital des Cliniques, où M. Cazeaux, chargé par intérim du service des accouchements, crut devoir provoquer l'avortement à trois mois et demi de grossesse. Huit ou dix mois plus tard environ, elle se présenta de nouveau au même hôpital, où M. P. Dubois se décida à pratiquer la même opération; et, cette fois encore, les suites ne furent pas moins heureuses.

Ces antécédents, racontés par cette malheureuse femme, après quelques hésitations, devaient naturellement faire soupçonner une mauvaise conformation du bassin; et l'examen minutieux des difformités offertes par la colonne vertébrale, l'incurvation des membres inférieurs, les résultats de la mensuration pratiquée à l'extérieur et à l'intérieur de la cavité pelvienne, ne laissèrent aucun doute. M. Lenoir resta convaincu, comme ses deux prédécesseurs, qu'un enfant à terme ne pourrait être extrait par les voies naturelles, à travers un bassin dont le plus petit diamètre offrait 5 centimètres, et qu'en laissant la grossesse se développer jusqu'aux derniers mois, l'opération césarienne devenait l'unique ressource.

Effrayé par les circonstances si graves et malheureusement si ordinaires de l'hystérotomie, encouragé par les résultats de deux opérations que la malade avait déjà subies, M. Lenoir se décida pour l'avortement. Et cette fois encore, l'opération fut des plus simples; car, huit jours après, la malade quittait la maison de santé parfaitement guérie.

Après avoir exposé le fait à peu près en ces termes, M. Cazeaux s'est posé ces deux questions :

1° Dans les rétrécissements du bassin, assez prononcés pour rendre absolument impossible l'extraction d'un enfant viable par les voies naturelles, est-il permis au médecin de provoquer l'avortement, dans le but d'éviter à la mère les chances si périlleuses de l'opération césarienne?

2° En le supposant permis, les rétrécissements du bassin en sont-ils les seules indications?

Pour résoudre la première question, M. Cazeaux a appelé à son aide les considérations *religieuses*, *médico-légales* et *humanitaires*.

Et d'abord, discutant le précepte du Décalogue, *non occides*, il a cherché à montrer, par les meurtres et les massacres dont la Bible est pleine, que ce précepte ne s'applique qu'au meurtre commis dans un but criminel. Il y a ajouté l'exemple des croisades, des guerres, etc.; et il en a conclu au droit pour le médecin de tuer le fœtus en vue de sauver la mère.

Nous prendrons la liberté de dire notre avis sur cette controverse religieuse. C'est toujours avec un sentiment de regret que nous avons vu les accoucheurs (et c'est la seule partie des sciences médicales qui se le permette) discuter des questions en dehors de leur compétence, et pour lesquelles ils ne sont pas toujours suffisamment préparés. Déjà M. Bégin a très-nettement exprimé devant l'Académie la sensation pénible causée par ce déplorable argument des meurtres et des massacres de la Bible. Il y a quelque chose à ajouter à ce qu'il a dit. Probablement, lorsque M. Cazeaux discute le précepte du Décalogue, il se place au point de vue religieux.; et déjà c'était une loi pour lui de mettre dans ses paroles plus de gravité et de réserve au sujet des saintes Ecritures. Mais laissez ce défaut de forme ; est-ce que les meurtres justifiés dans la Bible ne le sont pas, soit par le commandement exprès, soit par l'autorisation implicite du Dieu souverain qui a édicté le *non occides?* Est-ce qu'entre ce législateur tout puissant, dérogeant, dans des vues qui nous échappent, mais dont il faut admettre la sagesse infinie, à la loi qu'il a imposée aux hommes, et M. Cazeaux cherchant à justifier, d'après les vues un peu bornes de sa propre sagesse, l'infraction à cette loi divine, il n'y a pas quelque petite différence? Au point de vue religieux, le meurtre, quel qu'il soit, dans quelque intention qu'on le commette, ne peut être absous que par Dieu ou par l'autorité qui le représente sur la terre ; voilà ce qui est clair pour tous les esprits religieux ; et, pour les autres, voilà ce qu'enseigne la plus simple logique.

Nous ne sommes guère plus satisfaits des raisonnements de M. Cazeaux sur les guerres purement politiques, sur la peine capitale appliquée au nom de la société par le bourreau Les théologiens, dit-il, distinguent le meurtre de *droit public* et l'homicide commis d'*autorité privée.* Il accepte cette distinction, qui n'a pas été faite seulement par les théologiens ; et il y trouve un argument en sa faveur. Ceci est curieux, et vaut bien la peine que nous citions l'argument.

« L'embryotomie, dit-il, pratiquée dans le but d'éviter à la mère une opération si souvent funeste, ne peut être envisagée par nous comme un acte d'*autorité privée.* Ces médecins éclairés, appelés auprès de la malade, cette famille dont les plus chères affections sont en litige, ne constituent-ils pas aussi un tribunal dont les décisions ont droit au respect de tous? Leur magistrature est-elle moins sainte, et leur décision n'a-t-elle pas tous les caractères d'un acte d'utilité publique? »

L'honorable rapporteur nous paraît traiter les lois civiles avec autant de légéreté que les lois religieuses. Une consultation de médecins, il appelle cela *un tribunal dont les décisions ont droit au respect humain!* Que cela puisse passer en métaphore, nous le voulons bien; mais le législateur ne reconnaît pas ces sortes de métaphores; les tribunaux *réels* seraient peu disposés, nous le croyons, à admettre la légitimité du tribunal institué par M. Cazeaux, et la *sainteté* de sa *magistrature.* Laissons donc aux juges le soin d'appliquer la loi; les accoucheurs, comme tous les citoyens, n'ont autre chose à faire que de s'y conformer.

Que dit cependant la loi? M. Cazeaux a rappelé l'article 317 du Code pénal ainsi conçu :

« Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou par tout autre moyen, aura provoqué l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion.—La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi.—Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine

des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement a eu lieu. »

M. P. Dubois a remarqué que l'auteur de cette loi n'avait probablement pas pressenti que l'avortement pût jamais être employé dans un but salutaire; et que d'autres opérations, la castration par exemple, prévue et punie par l'article 316, rentrent dans la pratique habituelle de la chirurgie; d'où il a conclu que ce n'est pas l'acte en lui-même, mais l'intention et le but qui constituent le crime.

Sans doute, cela est vrai d'une manière générale; mais, à part le sentiment intérieur qui nous avertit que l'avortement n'est pas une opération ordinaire, n'est-il pas évident aussi que la loi a conféré aux chirurgiens le droit de pratiquer ces opérations, en vue du salut des malades qu'on opère, et que l'opération pratiquée sur le fœtus n'a jamais pour objet de le sauver? Au point de vue de la mère, l'avortement peut être salutaire, et dès lors il ne souffre pas d'objection; mais c'est au point de vue du fœtus que les objections s'élèvent, et que toute analogie avec les autres opérations est fausse et inapplicable.

Il faut confesser toutefois qu'en mettant ces deux vies en balance, celle du fœtus et celle de la mère, un sentiment instinctif nous pousse presque invinciblement à préférer la mère; et ainsi en ont jugé les accoucheurs les plus renommés de France, d'Angleterre, d'Allemagne et de Belgique. Mais ce sentiment ne peut-il nous tromper, et suffit-il pour donner au médecin, selon les paroles de Nægelé, *droit de vie et de mort* sur le fœtus? Si encore il n'y avait pas d'autre ressource! mais il en est une, ressource extrême à la vérité, qui offre à la fois des chances de salut à la mère et à l'enfant : l'opération césarienne.

Dans ces conditions, M. Cazeaux a posé trois questions :

1° La mère, entre la mort de son enfant et une opération très-périlleuse pour elle, peut-elle opter pour l'embryotomie?

2° Le médecin a-t-il le droit d'exécuter la volonté de la mère?

3° Peut-il invoquer l'intérêt de la société?

Sur la première question, M. Cazeaux n'hésite pas à répondre par l'affirmative. C'est pour la mère un cas de nécessité; elle est là, selon lui, comme un naufragé qui dispute à un autre une planche trop faible pour les sauver tous deux; ou bien encore comme un homme qui se défend contre un fou furieux; elle est dans le cas de légitime défense.

M. Bégin a fait facilement justice de ces comparaisons étranges. Si la mère a le droit de se défendre contre son enfant, l'enfant n'a-t-il pas un égal droit contre la mère? Bien plus, n'est-ce pas à lui, plus qu'à la mère, que s'applique le droit de légitime défense? Reprenez, par exemple, le fait qui a donné lieu à cette discussion; cette misérable femme qui fait des enfants avec le dessein de provoquer l'avortement, était-elle dans le cas de légitime défense? Et que si vous tuez en vous défendant un fou furieux qui en veut à votre vie, vous êtes excusable sans doute; mais vous devez rendre compte de vos motifs d'excuse à la loi. En suivant l'assimilation, la mère aurait donc aussi besoin d'un verdict d'acquittement.

Mais il y a ici un autre point à considérer : c'est que l'opération césarienne, si grave qu'elle soit, n'est pas pourtant inévitablement mortelle; et que dire d'un naufragé qui, pouvant se sauver à la rigueur avec la moitié de sa planche, égorgerait son compagnon pour avoir plus sûrement la planche tout entière?

Le droit de la mère est donc assez mal fondé sur de pareils raisonnements. Mais la chose devient plus grave, lorsqu'elle appelle l'accoucheur à exécuter son arrêt. Car, en suivant la comparaison des deux naufragés sur leur planche, n'est-il pas monstrueux de supposer que l'un d'eux aura le droit de dire à un chasseur passant sur la plage, de tirer un coup de fusil à l'autre? Pour le médecin, la mère

crie sans doute ; mais l'enfant crie de son côté ; comment prendre parti pour l'un ou pour l'autre ? S'il a le droit d'en tuer un, pourquoi pas la mère ? Et comment aurait-il le droit de tuer, quand il lui reste un moyen de sauver l'un et l'autre ?

Les deux premières questions restent donc aussi incertaines qu'auparavant ; quant à la troisième, M. Cazeaux la résout par ce fait, que la vie de la mère est plus utile à la société que celle d'un fœtus encore à naître, et qui une fois né aura à traverser toutes les chances de mortalité de l'enfance. Cela est parfaitement vrai ; mais la société s'en remettra-t-elle à un accoucheur du soin de décider ce qui lui est le plus utile, quand cette décision est un arrêt de mort ? La loi a décidé qu'en certains cas la mort doit expier le crime ; mais encore alors il y a des jurés pour apprécier le fait, des juges pour appliquer la loi, un agent spécial pour exécuter la sentence. Et ici, sans aucun crime assurément, l'accoucheur aura le droit de se faire juré, juge et bourreau ! Ajoutez, comme M. Bégin en a fait la remarque, qu'en tuant le fœtus par l'avortement, on n'est pas même encore toujours sûr de sauver la mère.

Ainsi vivement pressé sur tous les points de son argumeutation, M. Cazeaux a pris le parti le plus sage ; il a à peu près jeté à la mer tous ses arguments, pour se retrancher sur le sentiment intime ; et il l'a fait avec une verve et une vigueur que nous nous plaisons à reconnaître.

« Le fœticide, dit-il, en s'adressant à M. Bégin, dans aucun cas n'est permis ; c'est, dites-vous, un acte immoral et qui blesse tous les sentiments humains. Non, Monsieur ; et j'en appelle de M. Bégin philosophant tranquillement dans son cabinet, à M. Bégin placé auprès de sa femme en travail, et ayant à choisir entre l'embryotomie et l'opération césarienne. »

Puis, après avoir rappelé le mot de l'Empereur à l'accoucheur de l'impératrice : *sauvez la mère !* il a poursuivi :

« Faut-il, enfin, pour convaincre notre honorable adversaire, lui dire qu'il n'est peut-être pas un accoucheur répandu qui n'ait entendu vingt fois ce cri retentir à ses oreilles ? Toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'un cas grave, et que nous manifestons les craintes légitimes que nous inspirent de sérieuses difficultés, quelle est la première recommandation qui nous est faite par le pauvre comme par le riche, par l'artisan et le grand seigneur : *avant tout, Monsieur, sauvez la mère !* Comment expliquerez-vous que ce sentiment que vous qualifiez d'inhumain se retrouve toujours pourtant au cœur de l'homme ? »

Oui, cela est vrai ; et, dans des circonstances données, ce cri du mari sera irrésistible, et nous ajouterons, bien plus irrésistible que celui de la mère elle-même demandant la vie au prix de son enfant. L'un serait entaché d'égoïsme ; dans l'autre, il y a une sorte de dévouement et de sacrifice. Mais tout cela, devant la froide raison, suffit-il pour constituer un droit et un devoir ?

Que conclure cependant ? Nous ne conclurons pas. Nous rejetons le droit absolu, le devoir absolu, qui nous répugnerait comme un attentat ; nous ne rejetons pas les circonstances exceptionnelles qui font, en quelque sorte, à l'accoucheur un devoir d'outrepasser les limites ordinaires de ses devoirs, en lui laissant une responsabilité qu'il est de son honneur d'accepter. C'est aussi là la pensée de M. Bégin.

« Préoccupé, a-t-il dit, de la conservation des principes, et bien autrement encore, au point de vue de la sécurité publique, des dangers qui peuvent résulter de l'abus de l'avortement obstétrical, que de quelques cas très-rares auxquels il semble applicable, je serais porté à vous proposer une désapprobation formelle de cette opération. Mais un jugement aussi sévère, aussi absolu, aurait le double inconvénient de jeter un

blâme indirect et immérité sur des praticiens étrangers et français, qui font autorité à juste titre, et de poser un obstacle susceptible d'empêcher, dans certaines circonstances que toute la prudence humaine ne peut prévoir, les accoucheurs d'user utilement de la plénitude des ressources de l'art. »

Il proposait, en conséquence, à l'Académie de ne pas émettre un jugement dangereux, et d'*abandonner à la conscience individuelle des praticiens l'appréciation des cas qui peuvent paraître nécessiter cette opération et la responsabilité de leur conduite.*

M. P. Dubois, M. Danyau se sont prononcés dans le même sens. Mais bien plus, M. Cazeaux lui-même avait pris soin par avance de montrer combien, dans sa propre conviction, le droit qu'il invoque était obscur et équivoque, et le devoir incertain.

« *Dans tous les cas*, disait-il dans son rapport, *le médecin serait blâmable d'agir seul, et sans avoir pris avis de plusieurs consultants.* »

Blâmable, quoi ! pour exercer un droit? pour remplir un devoir? Le devoir clair et positif n'est pas tenu à se faire certifier par des témoins; il s'impose suffisamment de lui-même.

Enfin, l'Académie a jugé de même, et laissant de côté la question générale, elle a adopté les conclusions suivantes, dont la portée n'échappera à personne :

« Considérant que, dans le cas de la fille Julie Gros, M. le docteur Lenoir, s'appuyant sur l'exemple déjà donné par deux praticiens, et sur l'avis de plusieurs consultants réunis à cet effet, était suffisamment autorisé à agir comme il l'a fait.

« L'Académie adresse des remerciements à l'auteur, et renvoie son Mémoire au comité de publication. »

Dans quels cas maintenant l'avortement peut-il être suffisamment autorisé? C'est une autre question non moins ardue que la première ; nous aurons à revenir sur la discussion spéciale à laquelle elle a donné lieu.

Pharmacologie.

NOUVELLES PRÉPARATIONS DE MANGANÈSE ; *par* M. BURIN DU BUISSON, *pharmacien à Lyon.*

Suivant les idées de M. Pétrequin, qui n'emploie le manganèse que comme adjuvant du fer, M. du Buisson n'a guère fait qu'ajouter des sels de manganèse aux préparations ferrugineuses déjà connues Seulement, il a été dirigé par les considérations suivantes :

1° Que le fer et le manganèse, pour être assimilés et devenir des éléments réparateurs du sang, doivent toujours être administrés à l'état de *protoxydes*, ou dans un état tel qu'ils puissent facilement se transformer en protoxydes ;

2° Que les oxydes ferreux et manganeux doivent être unis à l'acide carbonique ou à un des acides organiques dont la présence est normale dans notre estomac, comme par exemple l'acide lactique, ou bien à ceux qui se rencontrent le plus souvent dans nos aliments, tels que les acides citrique, tartrique, acétique et malique.

Poudre pour eau gazeuse ferro-manganique.

Bi-carbonate de soude en poudre grossière		20,00
Acide tartrique		25,00
Sucre pulv.		53,00
Sulfate ferreux	en poudre très-fine.	1,50
Sulfate manganeux		0,75

Mêlez avec soin et fermez dans des flacons bien bouchés.

Une cuillerée à café pour chaque verre d'eau et de vin que l'on boit pendant les repas (M. Pétrequin conseille, de préférence, ce mode d'administration).

Ou bien encore, on verse trois cuillerées à bouche de cette poudre dans une bouteille remplie d'eau jusqu'à la naissance du goulot et l'on bouche rapidement pour éviter la perte du gaz.

On obtient, de cette manière, une eau acidule gazeuse que l'on boit pure ou coupée avec du vin.

L'eau, ainsi préparée, prend, au bout de peu de temps, une légère teinte feuille-morte, due, comme on le verra plus loin, à une modification des sels qu'elle contient, qui se transforment en sulfate de soude et en tartrate triple de fer, de manganèse et de soude.

Ce changement, comme cela se conçoit, est plutôt avantageux que nuisible aux propriétés thérapeutiques de la poudre ferro-manganique, qui est un médicament précieux dans le traitement de la chlorose et d'un grand nombre d'affections nerveuses du tube digestif.

Pilules de carbonate ferro-manganeux. (Même formule que les pilules de Vallet).

Sulfate ferreux cristallisé pur.	75,0
Sulfate manganeux cristallisé pur.	25,0
Carbonate de soude cristallisé.	120,0
Miel fin	60,0
Eau	Q. S.

On fait dissoudre à chaud les sulfates dans l'eau privée d'air par l'ébullition, et sucrée préalablement avec 1/16 de son poids de sirop de sucre. On fait dissoudre dela même manière le carbonate. On filtre séparément les deux liqueurs; on les réunit dans un flacon, on agite, on laisse reposer; on décante le liquide qui surnage le précipité de proto-carbonate de fer et de manganèse qui s'est formé, et on le remplace par de nouvelle eau privée d'air et sucrée.

On continue ainsi les lavages jusqu'à ce que l'eau n'enlève plus ni sulfate de fer, ni carbonate de soude; on jette alors le magma sur une toile serrée, imprégnée de sirop de sucre. On le soumet à l'action d'une forte presse, en ayant soin de serrer d'abord peu à peu et par intervalles de 10 à 15 minutes, en augmentant graduellement la pression jusqu'à obtenir la plus forte pression possible. On retire le carbonate double, on le mélange au miel préalablement fondu au feu, et on concentre le mélange très-promptement au bain-Marie jusqu'en consistance pilulaire. On ajoute quantité suffisante d'une poudre inerte, et on divise en pilules de 0,20 grammes que l'on enferme dans des flacons bien fermés.

On peut, à volonté, argenter ces pilules, qui se conservent parfaitement sans se peroxyder.

Les pilules de carbonate ferro-manganeux jouissent d'une très-grande efficacité contre la chlorose. Elles doivent être préférées, dans tous les cas qui peuvent se présenter, *aux pilules de carbonate ferreux simple* de *Vallet* et de *Blaud.*

Dose : 2 à 6 par jour.

Saccharure de carbonate ferro-manganeux.

Carbonate ferro-manganeux préparé comme ci-dessus.	1000
Sucre pulvérisé	4000

Mêlez dans un mortier de fer et faites avec ce mélange, en ajoutant quantité suffisante d'eau, de larges pastilles à la goutte de 40 à 50 grammes chaque, que vous conserverez dans des vases bouchés.

Chocolat ferro-manganeux.

Pour préparer le chocolat ferro-manganeux, on prend :

Saccharure ci-dessus en pastilles	100
Pâte de chocolat dans laquelle on a supprimé, en la préparant, 100 *grammes de sucre.*	500

Mélangez et divisez en pastilles de 0,75.

Chaque pastille renferme environ 3 centigrammes de carbonate de protoxyde de fer et de manganèse. La dose est de 4 à 8 par jour.

Le chocolat décompose le carbonate

ferro-manganeux hydraté du saccharure, en sesquioxyde de fer et de manganèse hydraté, qui ne donne aucune saveur métallique au chocolat préparé de cette manière, lequel s'administre avec un succès plus marqué que tous les chocolats ferrugineux ordinaires.

Pastilles de citrate ferro-manganeux.

Carbonate ferro-manganeux. .	1
Sucre très-fin aromatisé à volonté	16

Faites des pastilles à la goutte de 0,5.

Ces pastilles, agréables à prendre, peuvent rendre de grands services dans le traitement de la chlorose et ses accidents.

Citrate de manganèse et de soude.

Acide citrique	100
Cristaux de soude	40
Eau	500
Carbonate manganeux humide.	Q. S.

Faites dissoudre l'acide dans l'eau à 50° environ, ajoutez peu à peu les cristaux de soude et saturez la solution par du carbonate manganeux humide. Filtrez, évaporez à une douce chaleur en consistance sirupeuse, coulez sur des plaques de verre et faites sécher à l'étuve. De cette manière, on obtient le citrate sous forme d'écailles blondes transparentes.

Ce sel est très-soluble dans l'eau, il est inaltérable à l'air ; sa saveur est presque nulle.

Citrate de fer, de manganèse et de soude.

Opérez comme ci-dessus, en saturant la solution de citrate sodique avec du carbonate ferro-manganeux.

La solution est d'une couleur vert brun; par l'évaporation et la dessication à l'étuve comme pour le précédent, on obtient ce sel sous forme d'écailles d'un vert feuille-forte, qui sont d'une grande solubilité dans l'eau. Leur saveur est atramentaire.

On peut obtenir de la même manière *les tartrates manganeux et ferro-manganeux.*

Soluté ferro-manganeux pour eau ferrée manganésique du docteur Gensoul.

Citrate sodique ferro-manganeux.	30
Eau.	500

Une cuillerée à bouche de ce liquide dans un litre d'eau à prendre au repas, pure ou coupée avec du vin.

Là ne se bornent pas les nouvelles préparations de M. du Buisson ; nous y reviendrons dans un prochain numéro.

(*Revue médicale.*)

BULLETIN CLINIQUE.

LUXATION DU COCCYX PAR SUITE DE CHUTE ; *réduction ; guérison prompte,* par M. Léon Boyer.

Obs. — Mme R....., âgée de 40 ans, assez maigre, descendait un escalier, lorsque ses deux pieds ayant glissé presque en même temps, elle tomba sur les fesses, et le bord de l'une des marches vint frapper violemment le bas du sacrum. Relevée peu d'instants après, sans avoir perdu connaissance, elle fut portée dans son lit où je la vis cinq ou six heures après l'accident. Elle était couchée sur le côté gauche, les jambes fléchies sur les cuisses, et les cuisses sur le bassin ; c'était là la position où elle souffrait le moins, il lui avait été impossible de se coucher ni d'un côté ni de l'autre. Si elle restait immobile, elle accusait seulement la douleur d'une contusion simple; mais le moindre mouvement lui occasionnait de très-vives douleurs, et elle disait sentir alors dans le fondement comme un corps étranger qui tendait à sortir.

Afin de procéder à un examen exact, je la fis coucher sur le ventre, les cuisses et les jambes étendues avec précaution. La pression sur la région sacrée était très-douloureuse; toutefois, il était facile de constater que le sacrum n'avait point éprouvé de déplacement, non plus que les autres os du bassin qui, pendant les mouvements que j'imprimais aux membres inférieurs, conservaient leur fixité. J'introduisis l'index dans le rectum, soupçonnant une lésion de l'extrémité du sacrum ou du coccyx, et je cherchai à atteindre ce dernier os ; je n'y parvins pas d'abord; cependant en poussant un peu plus fort, je m'assurai qu'il avait exécuté un mouvement de bascule d'arrière en avant et qu'il était en même temps dévié de gauche à droite; en me faisant alors pousser fortement le coude, je parvins à l'accrocher avec le doigt et à le ramener en place; je perçus dans ce mouvement, au bout du doigt, comme une sensation de crépitation, bien légère sans doute, mais pourtant bien réelle. Quelques minutes, après la malade déclara qu'elle souffrait moins et qu'elle ne sentait plus son corps étranger.

Je la fis coucher sur le dos ; ce mouvement causa encore de vives douleurs, plus supportables cependant que tout à l'heure. La malade étendait seule les cuisses et les jambes, ce qu'elle n'avait pu faire avant mon arrivée. — *Prescription : demeurer couchée sur le dos ; un cataplasme sera glissé avec précaution et laissé en place toute la nuit.*

Le lendemain, bien qu'ayant gardé la position indiquée, la malade avait peu dormi. Cependant elle se trouvait mieux : elle avait uriné ; deux garde-robes liquides avaient eu lieu sans douleur : point de fièvre. Je touchai de nouveau par le rectum et je trouvai tout en place. Je recommandai le repos au lit.

Le cinquième jour, au moment où je sonnais, Mme R... se trouvant seule descendit de son lit et vint elle-même m'ouvrir la porte. Dans la crainte d'être grondée, elle s'empressa de me dire qu'elle n'avait point souffert, que déjà même elle s'était levée pour se mettre sur le vase de nuit, et qu'elle se trouvait bien. Il n'y avait nulle trace d'ecchymose sur la peau du sacrum. J'insistai de rechef sur le repos au lit pendant au moins huit jours : mais on ne tint point compte de cette recommandation; et à ma première visite, cinq jours après, je trouvai Mme R.... sortie. Elle ne souffrait plus en aucune manière ; je la revis deux jours plus tard, et m'assurai définitivement que le coccyx avait gardé la position où je l'avais remis.

OBSERVATION D'UN ALBUGO TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LE GALVANISME; par M. L. TURCK, *D. M. P., à Plombières.*

Les journaux ont rapporté dans le temps que des médecins russes et suédois avaient guéri l'albugo du cheval, et même sa cataracte, à l'aide de la pile. Pour guérir l'albugo, ils mettaient le pôle positif ou zinc en communication avec la bouche, et le pôle négatif ou cuivre en communication avec la cornée malade. La pile composée d'un seul élément était placée dans un verre d'eau acidulée, et dès qu'elle était en action, le pôle négatif attirant dans la cornée qu'il touchait les substances électro-positives ou alcalines, celles-ci dissolvaient l'albumine concrétée de l'albugo, et rendaient à la membrane sa transparence première.

J'avais répété cette curieuse expérience avec mon ami, M. Lévêque, médecin-vétérinaire à Épinal, et nous avions vu disparaître en deux minutes un albugo recouvrant toute la cornée, et qui avait déjà quatre années d'existence. Pour disparaître aussi vite, cet albugo, malgré son opacité, n'intéressait probablement que la lame externe de la cornée à la manière d'un néphélion. La pile peut aussi guérir l'albugo chez l'homme, le fait suivant en est la preuve.

Obs. — Mademoiselle Marie ...., fille de peine, âgée de trente ans, domiciliée à Nancy, et d'un tempérament lymphatique nerveux, eut, il y a dix ans, une double kératite, qui paraît avoir été fort intense, et qui laissa à sa suite un albugo sur chaque cornée. L'albugo de l'œil gauche, d'une couleur nacrée et d'un demi-centimètre environ de diamètre, quoiqu'au centre de la cornée, permettait à la malade la vision latérale, à l'aide de laquelle elle accomplissait péniblement son travail habituel. L'albugo de l'œil droit, d'un blanc sale, recouvrait largement la cornée sur laquelle il faisait une légère saillie. Il interceptait le passage de tous les rayons lumineux, et ne laissait distinguer le jour de la nuit que par une teinte jaunâtre. Marie avait consulté un grand nombre de médecins et de chirurgiens habiles : tous la considéraient comme incurable. Elle vint aux eaux de Plombières pour se guérir des suites d'une fracture d'un bras, et elle me consulta pour ses yeux. Je me décidai à répéter sur elle le procédé qui nous avait si bien réussi sur le cheval, à recourir contre son albugo à l'action de la pile.

Je pris une pile carrée d'environ 6 centimètres de côté. J'écartai les deux lames dans un des angles, et je les repliai un peu en dehors, après les avoir percés d'un trou, dans lequel j'attachai les fils de laiton qui devaient servir de conducteurs. Je mis ce petit appareil dans un verre d'eau acidulée par l'acide chlorhydrique, et rempli aux deux tiers. Dès que le dégagement des bulles d'hydrogène annonça que la pile était en action, je plaçai le conducteur zinc ou positif dans la bouche, tandis qu'avec le conducteur cuivre ou négatif, recourbé en anneau, je touchais la cornée malade.

Quand l'expérience durait plus de trois minutes et demie ou quatre minutes, Marie avait des vertiges, des nausées, des battements artériels violents dans la tête ; des lotions froides et l'électricité appliquée aux jambes comme dérivatif, à l'aide de la machine des frères Breton, ou de larges ventouses sèches triomphaient de ces accidents qu'il est sage de prévenir. Je dois dire que l'électricité agissait plus vite et plus puissamment que les ventouses.

Pendant quarante jours, j'ai fait trente-quatre applications galvaniques sur l'œil droit de Marie, et quatre sur l'œil gauche. J'ai suspendu le traitement pendant six jours à cause des règles. Voici ce que j'ai obtenu. L'albugo de l'œil droit est réduit au cinquième environ de son étendue, et il n'existe plus que dans les couches profondes de la cornée, où des tissus isolants le mettent à l'abri de l'influence électrique. Au lieu de sa couleur d'un blanc sale, il a une couleur nacrée, et enfin l'œil, qui, depuis dix ans ne voyait plus, peut lire facilement et sans lunettes. Il est possible, du reste, que, sous l'influence du traitement que Marie vient de suivre, le mieux obtenu aille en grandissant. L'albugo de l'œil gauche est un peu diminué de largeur et d'épaisseur, mais la situation dans les couches profondes de la cornée le rend peu accessible aussi à l'influence électrique, et d'un autre côté, j'ai cru devoir me contenter du bien obtenu, et ne pas faire courir à la malade des chances qui auraient pu tourner contre elle.

BIBLIOGRAPHIE.

DU CHOLÉRA-MORBUS ÉPIDÉMIQUE, *par* Aug. Millet, *professeur suppléant à l'école secondaire de médecine de Tours, etc.* Un vol. in-8°, 1851, chez Labé.

Le livre de M. Millet a été publié à l'occasion de l'épidémie cholérique qui sévit en 1849 dans le pénitencier de Tours. Personne n'a oublié cet épouvantable épisode de la marche du choléra. En moins de deux jours, presque tous les dé-

tenus qui y étaient renfermés furent atteints par le fléau. Sur 88 détenus, 71 ont été frappés et 55 ont succombé. M. Millet qui était chargé des fonctions de médecin d'un hôpital spécial de cholériques vers lequel tous ces malades furent évacués, put étudier la maladie sous toutes ses faces. Il eut d'abord l'intention de publier l'histoire de l'épidémie de Tours, mais à mesure qu'il avançait dans son travail, il sortit du cadre qu'il s'était primitivement tracé, et il a fini par produire un véritable traité du choléra-morbus épidémique.

J'avoue que je regrette que M. Millet n'ait pas suivi sa première inspiration. L'épidémie de Tours a été marquée de caractères spéciaux ; le mode d'invasion de la maladie, sa marche, quelques symptômes et surtout l'effroyable mortalité qui l'accompagna donnaient à cette épidémie locale un cachet particulier qu'il eût été bon de faire ressortir. Je sais bien que tous ces détails se trouvent dans l'ouvrage de M. Millet, mais ils sont disséminés et on est obligé de les rechercher. Je suis sûr qu'une histoire complète de l'épidémie de Tours, mise en tête de son livre, eût vivement intéressé les épidémiographes, et eût peut-être servi à résoudre quelques-unes des questions encore en litige à propos de ce fléau. Mais comme après tout le livre de M. Millet est un très-bon livre, très-consciencieusement fait, nous ne nous arrêterons point à cette petite critique qui sera bientôt d'ailleurs étouffée sous nos éloges.

Comme je l'ai dit, le livre de M. Millet n'est rien autre qu'une histoire complète du choléra. Il ne manque rien à la description qu'il trace des symptômes de la maladie; il a pu, pour la plupart, les étudier sur nature, et il les expose avec beaucoup de soin et de lucidité. Quant à ceux qui échappaient à son étude, c'est-à-dire ceux que révélaient le microscope ou l'analyse chimique, il les trouvait dans les meilleurs auteurs français et étrangers. De cette façon, il a tracé un tableau très-fidèle de cette maladie. Il donne surtout quelques détails intéressants sur cette forme qu'on peut appeler choléra foudroyant; il a pu l'observer, en effet, sur une grande échelle. Des 55 cholériques qui succombèrent au pénitencier de Tours, 20 individus ont péri en moins de trente-six heures et 33 en moins de soixante heures.

Après la description des symptômes, M. Millet aborde les diverses questions qui se rattachent au choléra, et dont il ne laisse aucune à l'écart. Il étudie son influence sur certains états physiologiques et pathologiques, sa nature, etc. ; celle à laquelle il accorde le plus de développement, c'est la propagation du choléra par contagion. Nous avons lu attentivement le chapitre qui lui est consacré. Tous les faits sont bien exposés et très-habilement discutés. M. Millet est contagioniste, et j'avoue que ses explications sont de nature à ébranler les opinions anticontagionistes les plus robustes.

Le traitement méritait et a obtenu de M. Millet une attention toute spéciale. Il lui a consacré près de la moitié du volume. Il le divise en prophylactique et en curatif. Dans le premier groupe, il range les précautions individuelles, les mesures administratives et les agents pharmaceutiques, et, parmi ces derniers, il n'accorde pas une grande confiance au sulfate de quinine qu'on a pourtant beaucoup vanté. Quant aux moyens curatifs, ils comprennent, comme on sait, une infinité de médicaments qui tous, hélas! il est triste de l'avouer, ne sont, d'une manière absolue, ni plus ni moins efficaces l'un que l'autre. M. Millet n'en a négligé aucun, et nous dirons que cet article traitement est le plus complet que nous ayons vu.

Le livre est terminé par la relation rapide des épidémies du choléra et de sa marche chez les différents peuples, et par quelques considérations intéressantes sur les épidémies qui peuvent coïncider avec le choléra.

Cette rapide analyse prouvera ce que nous avons dit en commençant, que le livre

de M. Millet est un bon livre et un consciencieux travail. Nous ajouterons que c'est un livre bien fait, où brille une sage érudition. Les développements que M. Millet a donnés au traitement, à la symptomatologie, etc. donneront à cet ouvrage une grande utilité, si par malheur nous étions encore une fois visités par l'affreux fléau indien.

O.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences. — 22 mars. *Séance publique annuelle.* — Cette séance a été particulièrement consacrée à l'annonce des prix décernés et des prix proposés.

L'Académie a décerné :

1° A M. Jules Guérin, un prix de 2,500 francs, pour la *généralisation de la ténotomie sous-cutanée ;*

2° A M. Huguier, une récompense de 2,000 francs, pour ses *Recherches sur les maladies dont l'appareil sexuel chez la femme peut être le siége, et particulièrement sur l'esthiomène;*

3° A MM. Briquet et Mignot, une récompense de 2,000 francs, pour leur *Traité pratique et analytique du choléra;*

4° A M. Duchêne (de Boulogne), une récompense de 2,000 francs, pour ses *Recherches électro-physiologiques appliquées à la pathologie et à la thérapeutique;*

5° A M. Lucas (Prosper), une récompense de 2,000 francs, pour son *Traité physiologique et pratique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie ;*

6° A M. Tabarié et à M. Pravaz, une récompense de 2,000 francs chacun; à M. Tabarié, pour avoir employé, le premier, l'air comprimé dans le traitement des affections des organes de la respiration ; — à M. Pravaz, pour son *Essai sur l'emploi de l'air comprimé;*

7° A M. Gluge, une récompense de 2,000 francs, pour son ouvrage sur l'*Histologie pathologique;*

8° A M. Gosselin, une récompense de 1,500 francs, pour ses *Recherches sur les oblitérations des voies spermatiques;*

9° A M. Garriel, une récompense de 2,000 francs, pour les applications qu'il a faites à la médecine et à la chirurgie du caoutchouc vulganisé ;

10° A M. Vidal (du Cassis), une récompense de 1,500 francs, pour l'invention des serres-fines ;

11° A M. Serre (d'Uzès), un encouragement de 1,000 francs, pour ses *Recherches sur les phosphénes ;*

12° A M. Boinet, un encouragement de 1,000 francs, pour son *Mémoire sur le traitement des abcès par congestion, par les injections iodées;*

Des mentions honorables ont été accordées à MM. Monneret et Fleury, pour l'important ouvrage intitulé : *Compendium de médecine pratique*, et à M. Sandras, pour son *Traité des maladies nerveuses.* La commission a regretté que la nature de l'ouvrage de MM. Monneret et Fleury, qui ne remplit pas les conditions exigées par le concours, ne permît point à l'Académie de récompenser les auteurs d'une manière mieux proportionnée à leur mérite.

Le prix de physiologie expérimentale a été accordé à M. Cl. Bernard, pour son *Mémoire sur une fonction nouvelle du foie chez l'homme et les animaux.*

Des mentions honorables ont été accordées à M. Brown-Séquard, pour son *Mémoire sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière;*

A M. Léon Dufour, pour son *Histoire anatomique et physiologique des scorpions;*

A M. Jobert (de Lamballe), pour un Mémoire intitulé : *Considérations sur les appareils électriques de la torpille et du gymnote.*

L'Académie a décerné en outre :

1° A M. Masson, un prix de 2,000 francs, pour avoir introduit dans l'usage alimentaire des conserves végétales qui améliorent le régime des équipages à bord des navires ;

2° A M. Sucquet, un prix de 2,000 francs, pour son procédé destiné à prévenir l'infection des amphithéâtres de dissection.

Le prix de statistique a été décerné à M. le baron de Watteville, inspecteur général des établissements de bienfaisance, pour ses *Recherches statistiques sur les monts-de-piété.*

29 *mars.* — *M. Cl. Bernard* lit une note sur l'*influence du système nerveux du grand sympathique sur la chaleur animale.* Lorsque sur un chien on coupe le filet de communication qui unit le ganglion cervical supérieur à l'inférieur, on constate que la chaleur augmente dans tout le côté correspondant de la tête de l'animal, quelquefois de 3 et 4° centigrades ; et cette partie résiste infiniment plus au froid. L'auteur n'en tire jusqu'à présent d'autre conclusion sinon que le grand sympathique exerce sur la calorification une toute autre influence que la moelle épinière.

— *M. Budge* de Bonn adresse un Mémoire sur l'*influence du système nerveux sur les mouvements du cœur.* Il avait trouvé, dès 1846, qu'une forte irritation galvanique qui atteint la moelle allongée sur le pneumogastrique arrête promptement le mouvement du cœur, qui, l'irritation cessée, reprend sa marche ordinaire. Il pense donc que le pneumogastrique préside, comme le grand sympathique, aux mouvements du cœur.

5 *avril.* — *M. Blanchet,* chirurgien de l'Institut national des Sourds-Muets, adresse un Mémoire sur l'enseignement et le développement de la parole dans les établissements des sourds-muets de la Belgique et de l'Allemagne ; il pense que presque toujours on peut apprendre aux sourds-muets à parler, et qu'il est possible, une fois sur quatre ou cinq, de leur rendre l'ouïe.

Académie de médecine. — 23 *mars.* — Suite de la discussion sur l'avortement pratiqué dans un but médical. M. Velpeau défend les conclusions du rapport ; M. Adelon ne veut pas que l'Académie se prononce sur la question générale ; et après une réponse de M. Cazeaux et quelques réflexions contraires de M. Moreau, la discussion est close. Les conclusions sont renvoyées à la commission pour une rédaction nouvelle.

30 *mars.* — *M. P. Dubois,* malgré la clôture adoptée, demande à lire un travail sur l'avortement provoqué, et l'Académie décide qu'il sera entendu. Il se prononce contre le rapport. M. Cazeaux fait une dernière réplique, et donne ensuite lecture des conclusions amendées par la commission, qui sont adoptées. (Voir à la *Revue critique.*)

— L'Académie procède à la nomination des commissions pour les prix de 1852.

Prix de l'Académie; sur le seigle ergoté. — MM. Villeneuve, Danyau, Adelon, Chevallier, Guibourt.

Prix Civrieux ; de l'épilepsie. — MM. Jolly, Bouillaud, Rostan, Bricheteau, Gibert.

Prix Portal; sur l'inflammation des os. — MM. Cornac, Gerdy, Larrey, Gimelle, Bouvier.

Prix Itard ; ouvrages imprimés. — MM. Mélier, Roche, Collineau, Michel Lévy, Bousquet.

6 *avril.* — M. le président annonce la mort de M. Rochoux, membre titulaire de la section d'anatomie pathologique.

— *M. Pamard*, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon, lit une note sur une mort survenue neuf jours après l'opération, et qu'il croit pouvoir être rapportée au chloroforme.

Il donne ensuite lecture d'un cas de résection de l'os maxillaire, dans laquelle une hémorragie par l'artère dentaire a été réprimée à l'aide du fer rouge.

13 *avril.* — M. Frémineau, interne à l'Hôtel-Dieu, adresse une note sur une nouvelle lancette en forme de faucille propre à éviter la piqûre de l'artère.

— *M. Bouvier* lit un travail statistique sur le choléra en 1849 dans la ville de Paris.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats dans la section d'accouchements.

Les six candidats ont été placés dans l'ordre suivant : MM. Lenoir, Depaul, Jacquemier, Devilliers, Colombe, Hatin.

VARIÉTÉS.

Décret sur l'instruction publique.

Le 10 avril a été signé un décret sur l'instruction publique, qui modifie essentiellement les conditions d'études qui rendent aptes à prendre des inscriptions en médecine ; voici les articles qui intéressent essentiellement la profession :

Art. 1er. Indépendamment de la division élémentaire qui sera établie, s'il y a lieu, pour préparer les enfants à l'enseignement secondaire, les lycées comprennent nécessairement deux divisions : la division de grammaire, commune à tous les élèves, et la division supérieure, où les lettres et les sciences forment la base de deux enseignements distincts.

Art. 2. Après un examen constatant qu'ils sont en état de suivre les classes, les élèves sont admis dans la division *de grammaire*, qui embrasse les trois années de sixième, de cinquième et de quatrième.

Chacune de ces trois années est consacrée, sous la direction du même professeur :

1° A l'étude des grammaires française, latine et grecque ;

2° A l'étude de la géographie et de l'histoire de France.

L'arithmétique est enseignée, en quatrième, une fois par semaine, à l'heure ordinaire des classes.

A l'issue de la quatrième, les élèves subissent un examen, appelé examen *de grammaire*, dont le résultat est constaté par un certificat spécial, indispensable pour passer dans la division supérieure.

Art. 3. La division supérieure est partagée en deux sections.

L'enseignement de la première section a pour objet la culture littéraire, et ouvre l'accès des Facultés des lettres et des Facultés de droit.

L'enseignement de la seconde section prépare aux professions commerciales et industrielles, aux écoles spéciales, aux Facultés des sciences et de médecine.

Les études littéraires et historiques embrassent, comme par le passé, les classes de troisième, de seconde et de rhétorique.

Les études scientifiques ont lieu pendant trois années correspondant es.

Les langues vivantes sont enseignées pendant les trois années dans les deux sections.

Les programmes indiqueront les autres études qui pourront être communes aux deux enseignements.

Une dernière année, dite de logique, obligatoire pour les deux catégories d'élèves, a particulièrement pour objet l'exposition des opérations de l'entendement et l'application des principes généraux de l'art de penser à l'étude des sciences et des lettres.

Art. 9. Il y a un seul baccalauréat ès sciences.

Les candidats sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès lettres.

Les épreuves sont de deux sortes :

1° Deux compositions écrites ;

2° Questions orales embrassant tout ce qui fait l'objet de l'enseignement de la section scientifique des lycées.

Art. 10. Les candidats, soit au baccalauréat ès lettres, soit au baccalauréat ès sciences, qui n'ont pas satisfait à l'épreuve écrite, ne sont pas admis à l'épreuve orale.

Art. 12. Les étudiants des Facultés de médecine et des écoles supérieures de pharmacie sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès lettres. Ils doivent produire le diplôme de bachelier ès sciences avant de prendre la première inscription.

Art. 14. Les programmes détaillés des cours professés dans les Facultés des lettres sont soumis annuellement par le recteur, avec l'avis de la Faculté, à l'approbation du ministre de l'instruction publique.

Art. 15. Les professeurs des Facultés de droit, de médecine, des lettres, des sciences et des écoles supérieures de pharmacie s'assureront, par des appels, ou par tout autre moyen, de l'assiduité de leurs auditeurs.

Art. 16. Les nouveaux programmes d'études et d'examens prévus par le présent décret seront soumis au conseil supérieur dans sa prochaine session.

Art. 18. Le présent décret sera mis à exécution à partir du 1er octobre prochain.

Il y a assurément d'excellentes choses dans ce décret ; et nous louerons surtout la disposition qui prescrit le baccalauréat ès sciences avant la première inscription. Mais nous avons vu avec douleur les études littéraires arrêtées pour les élèves en médecine à l'issue de la quatrième. Sans rien dire de la langue grecque, la langue latine a été la langue médicale universelle de l'Occident jusqu'au 16e siècle ; elle a lutté avec les langues vivantes pendant le 17e et le 18e siècles ; et de nos jours même l'Allemagne et l'Italie ont encore produit des ouvrages sérieux en cette langue. Nous pouvons dire que cette impression de regret a été générale dans le corps médical de Paris.

Décret sur l'organisation du corps de santé des armées de terre et de mer.

Un autre décret a réglé l'organisation de la médecine militaire. Ce décret est divisé en 22 sections, comprenant 45 articles. Nous en donnerons seulement les dispositions les plus importantes.

1re SECTION. — *Institution du corps et du conseil de santé de l'armée de terre.* —

Il est institué un corps d'officiers de santé comprenant : 1° les médecins chargés, sans distinction de profession, de l'exercice de la médecine et de la chirurgie dans les corps de troupes, dans les hôpitaux et dans les ambulances ; 2° les pharmaciens chargés de l'exercice de la pharmacie dans les dépôts de médicaments, dans les hôpitaux et dans les ambulances.

Lorsque les ressources du cadre normal des officiers de santé militaires ne suffisent pas pour assurer l'exécution du service sanitaire dans les corps de troupes et dans les établissements hospitaliers, il peut être nommé des *officiers de santé auxiliaires* qui sont commissionnés par le ministre ou requis par les intendants militaires.

Il est institué un conseil de santé composé de trois ou de cinq inspecteurs désignés chaque année par le ministre de la guerre.

Un officier de santé du grade de principal ou de major est attaché au conseil en qualité de secrétaire.

2e SECTION.—*Hiérarchie.*—On en trouvera les divisions dans la section de fixation du cadre ; seulement, le décret ajoute que cette hiérarchie forme une série distincte et ne comporte aucune assimilation avec les grades de la hiérarchie militaire proprement dite.

3e SECTION. — *Subordination des officiers de santé.* — En ce qui concerne la discipline générale, tous les officiers de santé sont soumis à l'autorité des officiers généraux.

En ce qui concerne le service des places, tous les officiers de santé sont soumis à l'autorité des commandants de place.

En ce qui concerne le service dans les corps de troupes, les officiers de santé attachés à un régiment sont subordonnés au colonel et au lieutenant-colonel ou à l'officier qui les remplace intérimairement.

L'officier de santé chargé du service sanitaire près d'une partie de corps détaché est subordonné à l'officier qui commande le détachement.

Pour le service des hôpitaux, ambulances, ils sont subordonnés aux officiers de l'intendance militaire.

4e SECTION. — *Enseignement.* — Il est institué une école dans laquelle sont réunis les élèves des Facultés qui se destinent au corps de santé de l'armée de terre. Un règlement spécial déterminera les conditions d'admission dans cet établissement et son régime intérieur.

5e SECTION. — *Fixation du cadre* :

Médecins....	Médecins inspecteurs....................	7
	Médecins principaux de 1re classe........	40
	id. id. de 2e classe........	40
	Médecins majors de 1re classe...........	100
	id. id. de 2e classe...........	220
	Médecins aides-majors de 1re classe.....	340
	id. id. de 2e classe.....	340
Pharmaciens.	Pharmacien inspecteur.................	1
	Pharmaciens principaux de 1re classe.....	5
	id. id. de 2e classe.....	5
	Pharmaciens-majors de 1re classe........	15
	id. id. de 2e classe........	30
	Pharmaciens aides-majors de 1re classse..	45
	id. id. de 2e classe...	45

6e SECTION. — *Des officiers de santé auxiliaires.*

7e SECTION. — *Admission dans le cadre des officiers de santé militaires.* — Les élèves de l'Ecole spéciale militaire de médecine sont nommés aides-majors de deuxième classe aux conditions suivantes : 1° avoir passé à l'Ecole de médecine militaire le temps qui sera déterminé par le règlement spécial sur le régime intérieur de cet établissement, et avoir satisfait aux examens de sortie; 2° posséder le titre universitaire de docteur. Pour les pharmaciens, le titre de docteur sera remplacé par celui de maître en pharmacie.

8e SECTION. — *Admission des auxiliaires.*

9e SECTION. — *Fonctions des médecins.*

10e SECTION. — *Fonctions des pharmaciens.*

11e SECTION. — *Conditions de l'avancement.* — Nul ne peut être major de première classe s'il n'a servi au moins deux ans dans le grade d'aide-major de deuxième classe ; major de deuxième classe, qu'après deux ans de grade d'aide-major de première classe ; major de première classe, qu'après quatre ans du grade inférieur ; principal de deuxième classe, qu'après trois ans du grade inférieur ; principal de première classe, qu'après deux ans de grade inférieur ; inspecteur, qu'après trois ans de grade inférieur.

12e SECTION. — *Propositions pour l'avancement.*

13e SECTION. — *Décorations.*

14e SECTION. — *Honneurs et préséances.* — Les médecins et les pharmaciens inspecteurs reçoivent le salut des sentinelles par la présentation de l'arme.

Les médecins et les pharmaciens principaux, les médecins et les pharmaciens majors et aides-majors reçoivent le salut des sentinelles par le port de l'arme.

Les médecins et les pharmaciens reçoivent les honneurs funèbres par des détachements dont le nombre varie selon le grade.

Les officiers de santé militaires et auxiliaires prennent leur rang de préséance à la suite de l'état-major du corps auquel ils sont attachés.

Les autres sections sont relatives à l'uniforme, à la tenue, aux pensions de retraite et de réforme.

— Le conseil supérieur de l'Université a voté à l'unanimité la fondation d'une Ecole secondaire de médecine et de pharmacie dans la ville de Lille.

— Un journal politique, la *Patrie*, annonçait ces jours derniers qu'une loi serait prochainement proposée au corps législatif pour réglementer l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Histoire de la broche ; étude de diagnostic et de pronostic ; *par* M. Ricord.

Il est bon qu'une observation soit exacte ; il ne faut pas pourtant, sous prétexte d'exactitude, la surcharger de détails inutiles; et remonter au père et au grand-père du patient à l'occasion d'une entorse. Il est bon aussi, pour porter un diagnostic, d'examiner sérieusement le malade; il ne faut pas non plus que l'examen se perde en puériles divagations. C'est à cet abus des interrogations que s'adresse l'historiette suivante, l'une des plus originales fantaisies que le vin de champagne ait fait jaillir de la joyeuse cervelle de notre ami Ricord. Cela s'est raconté au dessert, dans un banquet rendu par M. Seutin aux médecins belges qui l'avaient si glorieusement fêté. Il y avait 120 convives, tous médecins, consé-

quemment juges compétents de la valeur de l'histoire. Nous transcrivons le compte rendu de la *Presse médicale belge*.

« M. X. fit un voyage en chemin de fer ou en bateau à vapeur, je ne me rappelle pas exactement si c'est par l'un ou par l'autre de ces deux véhicules; — du reste, ceci a peu d'importance pour le fait dont nous avons à nous occuper, comme vous allez le voir. Quoi qu'il en soit, la chaudière à vapeur fit explosion, et M. X... fut transpercé d'une broche en fer de sept pieds. La broche pénétra dans le ventre un peu au dessus du nombril et sortit par le dos à égale hauteur, de telle sorte qu'il y avait trois pieds de broche en avant, trois pieds de broche en arrière. On rapporta M. X... chez lui, et sa position fut trouvée telle qu'elle parut exiger les ressources de l'art.

« On fit donc appeler un médecin. Celui-ci prit le pouls du malade, et, comme pour gagner du temps, il voulut faire deux choses à la fois; il lui demanda : où il avait mal?

« — Au ventre, Monsieur.

« — Ah! bien! comment cela vous est-il arrivé?

« Là dessus le malade raconte longuement l'accident de l'explosion. Ce récit fait, le médecin croit devoir poursuivre les interrogations.

« — Est-on sujet à cet accident dans votre famille, Monsieur?

« — Non, répond le malade, pas que je sache; mon père et ma mère sont très-vieux et n'ont jamais été embrochés; mon frère se porte très-bien, et ma sœur non plus n'a jamais eu de broche à travers le ventre. Il en est de même pour mes oncles et pour mes tantes.

« — Très-bien, Monsieur, j'avais besoin de ce renseignement pour le pronostic.

« Le médecin, pour prouver qu'il a bien compris l'affection de son malade, ajoute ensuite : Vous devez avoir beaucoup de peine, Monsieur, à vous coucher sur le dos?

« — Oh! oui, Monsieur, c'est même impossible.

« — Il ne doit guère vous être plus facile de vous coucher sur le ventre?

« — En effet, Monsieur, j'éprouve à ce sujet la même difficulté.

« — Il doit vous être beaucoup plus facile de vous coucher sur le côté?

« — En effet, Monsieur, c'est bien cela, c'est la seule position qu'il me soit possible de conserver.

« — C'est bien, Monsieur, tous ces renseignements me suffisent; il ne nous reste plus qu'à convenir du traitement. Ici les indications sont excessivement précises : il y a à choisir entre ces deux choses : ou bien nous pouvons laisser la broche, ou bien nous pouvons l'extraire si c'est possible... Décidez-vous pour l'une ou l'autre de ces indications. »

L'histoire de la broche ne se présente-t-elle pas tous les jours à tous les praticiens?

— Un journal politique, à l'occasion d'une affaire par-devant un des juges de paix de Paris, où le demandeur, le défendeur et l'homme d'affaires étaient tous trois bossus, avance que, d'après le dernier recensement fait à Paris, le nombre exact de bossus des deux sexes ne s'élève pas à moins de sept cent soixante-quinze. Ceci a tout l'air de ce que l'on appelle en journalisme un *canard;* seulement, il serait en effet à désirer qu'une pareille statistique fût faite et nous donnât des notions positives sur les principales difformités qui pèsent sur la population.

Paris, impr. de Paul Dupont, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 45.



REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

MAI 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Troisième Mémoire sur l'emploi des bains de vapeur térébenthinée contre le rhumatisme; par **M. A. Chevandier**, *docteur à Die* (Drôme).

L'année dernière, nous avons publié dans ce recueil deux Mémoires sur l'efficacité des bains de vapeur térébenthinée contre le rhumatisme chronique et certaines affections catarrhales anciennes. « Nous avons « été à même depuis un mois, disions-nous, de recueillir un grand « nombre d'observations qui étonneront autant que celles déjà publiées. « Mais l'étonnement est une station à laquelle le médecin ne doit pas « s'arrêter. »

Pour servir à nos expériences, nous avions fait construire un four en tous points semblable à celui dont nous avons donné la description. Il nous fut permis ainsi d'observer les malades de plus près, de faire surveiller leur traitement et de constater leur guérison. Afin de vérifier sur moi-même les effets physiologiques du bain de vapeur térébenthinée et de me rendre un compte exact des dangers auxquels les malades pouvaient être exposés pendant leur immersion, je voulus descendre dans le four à poix. Muni d'un thermomètre à alcool, abrité sous une immense couverture qui me descendait de la tête aux pieds, je m'accroupis sur les copeaux dont la résine s'échappait déjà en bouillonnant. Mon thermomètre placé derrière le dos, et exposé ainsi à la chaleur rayonnante des parois, marqua 82 degrés Réaumur au bout de dix minutes, et se maintint à cette température tant que dura le bain; placé

entre mes genoux, il descendait à 62 degrés et même à 60 au pied de la colonne d'air froid auquel ma tête était exposée. En entrant dans le four, je me sentis presque suffoqué tant que je restai debout ; mais une fois assis, je me trouvai très-bien. Il était sept heures précises ; mon pouls, au moment de l'immersion, donnait 65 pulsations par minute. Pendant dix minutes, je conversai avec mon voisin, l'interrogeant sur sa manière d'être et lui disant que je n'étais nullement incommodé. J'avais pourtant la précaution de tenir sur mon front et sur mes lèvres un mouchoir imbibé d'eau froide, afin de rafraîchir l'air que je respirais. La peau, qui était devenue le siége principal de la congestion, était très-chaude, très-rouge et couverte de sueur. Je n'avais pourtant éprouvé aucune des fatigues qui précèdent ou accompagnent les transpirations que l'on provoque par les moyens ordinaires. Pourtant, la circulation artérielle était accélérée ; le pouls dur, plein et large, battait 88 par minute. Bientôt, la respiration devenant plus rapide, les palpitations plus fortes, la congestion vers la tête plus active, et la chaleur intérieure insupportable, je sortis du four pour courir à ma chambre, et me jetai dans mon lit, conservant mon vêtement et ma couverture brûlante et quelque peu compromise. Tous les symptômes que je viens d'énumérer s'exagérèrent, le pouls s'éleva jusqu'à 95 pulsations ; mais bientôt tout se calma, et une transpiration s'établit si excessive que je perçai ma paillasse. Ce bain de vingt-cinq minutes avait surexcité tout l'appareil digestif et les organes génito-urinaires. La nuit suivante, mon sommeil fut agité par des songes auxquels cette surexcitation ne fut pas étrangère ; l'urine, fortement colorée, avait une odeur de violette assez prononcée. Plusieurs malades ont constaté, après le bain, l'écoulement d'un peu de liqueur prostatique.

Je n'eus pas de peine à comprendre tout ce que le four laissait à désirer. Il fallait inventer un procédé qui n'obligeât plus les malades à opérer une descente difficile, qui mît tout le monde à l'aise en isolant chacun de son voisin, et donnât à tous la quantité de chaleur et l'arome convenables ; en un mot, il était très-important que les considérations physiologiques et pathologiques ne fussent pas sacrifiées à la brutalité d'un moyen inflexible dans sa forme. Il nous a été facile d'obtenir ce premier perfectionnement ; aujourd'hui, nous nous sommes rendus maîtres de la chaleur, de la vapeur résineuse et de l'air froid extérieur, qui doit nous servir comme modérateur des deux agents que nous employons. Non-seulement l'indication thérapeutique est mieux remplie, non-seulement on peut tenir compte des tempéraments et des agents ; mais encore le malade sera désormais dans une cellule particulière dont il est inutile de répéter les avantages, que la description suivante fera mieux entrevoir.

Le four primitif est remplacé par une chambre fumigatoire circulaire, de 4 mètres de diamètre environ ; elle est divisée en neuf cellules. Plusieurs conducteurs d'air chaud circulent dans leurs parois, et peuvent élever la température jusqu'à 80 degrés Réaumur. La vapeur rési-

neuse arrive en douche ascendante, conduite par une artère spéciale. Enfin, un troisième vaisseau est destiné à donner accès à l'air froid, dont le malade pourra à volonté se servir pour diminuer la température. Par un mécanisme très-ingénieux, et que nous devons à un habile fumiste, le malade peut, sans se déranger, s'inonder à volonté d'air froid, d'air chaud ou d'air térébenthiné, en ouvrant plus ou moins un registre placé à sa hauteur. Un ventilateur étant ouvert à la partie supérieure de la cellule, dont l'entrée est fermée par un rideau, les baigneurs se trouvent dans une atmosphère assez indépendante pour que la cellule n° 1 étant à 70 degrés, celle n° 2 soit seulement à 40 degrés. La lumière tombe dans la chambre fumigatoire par un ciel ouvert ménagé au milieu de la voûte qui recouvre en dôme la partie libre de cet appartement.

Il est facile de concevoir comment notre appareil peut remplacer le four et ne compromettre en rien les effets du bain de vapeur térébenthinée. Nous savons que les innovations ont à subir les objections de la critique; nous allons à leur rencontre. Et d'abord, si l'on prétendait qu'il est absolument nécessaire que le malade s'accroupisse sur les copeaux du bois résineux, nous répondrions que, dans cette position, il ne pourrait après tout respirer que l'arome volatilisé par la chaleur, et qui dès lors, comme celle-ci, est susceptible d'être appelé dans des conduits disposés à cet effet. Le bois résineux, déposé sur des tiroirs mobiles qui l'entraînent dans un réservoir d'air chaud qui peut être élevé à une température très-haute, suintera mieux dans cet espace hermétiquement fermé et duquel s'élance le tuyau conducteur, que si la volatilisation doit se faire dans un four préalablement chauffé, mais dont l'orifice d'un mètre d'ouverture communique avec l'air extérieur. Cela est si vrai, qu'il est nécessaire de faire sortir les malades et de recouvrir le four d'une plaque mobile quand on veut saturer l'air intérieur de vapeurs résineuses. Il peut arriver alors, ce dont nous avons été le témoin une fois, que les copeaux s'enflamment spontanément; aussi, fallait-il se résigner à perdre une grande partie de l'élément térébenthiné, afin de ne pas s'exposer à ce danger. La chaleur rayonnante des parois du four, me dira-t-on peut-être, est nécessaire pour amener la résolution des fausses ankyloses, dont vous avez fait connaître quelques guérisons. Cette objection est plus sérieuse que la première. Aussi, convaincus de l'importance de la chaleur rayonnante, avons-nous dirigé des courants d'air chaud dans tous les sens, et desquels le baigneur n'est séparé que par une simple brique. Nous avons, en outre, réservé un cabinet particulier dans lequel nous pouvons condenser une chaleur de 125 degrés, qu'une chute continue d'air froid permettrait d'habiter. Enfin, nous avons conservé l'ancien four qui, peut-être, nous rendra encore quelques services dans les cas exceptionnels.

Qu'on nous permette d'établir un court parallèle entre le four primitif et la chambre fumigatoire. Celle-ci remplit toutes les conditions du bain de vapeur térébenthinée, comme nous l'avons expliqué; mais,

de plus, il n'est pas un atome aromatique qui ne soit utilisé; l'autre, par sa large ouverture, laisse s'échapper cette vapeur précieuse. L'une est agréable et commode; elle joint à l'avantage d'offrir au malade le bain isolé au lieu du bain en commun, celui de tenir compte de la délicatesse des uns, de l'âge des autres, de la faiblesse constitutionnelle de ceux-là, du tempérament sanguin de ceux-ci. De plus, on comprend combien il peut être utile, à un moment voulu, d'avoir à sa disposition un réservoir d'air froid, au moyen duquel le malade peut prolonger son bain pendant une heure. Enfin, l'aspect de l'ancien four, le peu de lumière qui l'éclairait, la difficulté de la descente et l'impossibilité de s'y asseoir commodément, toutes ces conditions étaient peu engageantes ; tandis que la chambre fumigatoire se présente sous un aspect assez agréable; la lumière l'inonde, et tous les éléments de sûreté et de bien-être s'y rencontrent.

Nos publications antérieures et la renommée que les malades ont faite au moyen que nous prônons ont ému certaines notabilités médicales. Plusieurs médecins de Lyon ont voulu faire l'expérience du bain de vapeur térébenthinée sur les malades des hôpitaux; leur essai ne pouvait qu'être infructueux. D'abord, ils se sont servis de l'essence de térébenthine volatilisée pour en saturer l'air au milieu duquel se trouvait leur malade. Le nom de térébenthiné, que nous avons adopté pour notre bain, est trop exclusif; c'est résineux qu'il faudrait dire, puisque la térébenthine n'est pas le seul principe volatil des gommes-résines. Le malade ne pouvait supporter une vapeur si irritante; ensuite, la condition de chaleur n'était pas observée, puisque le malade prenait son bain de vapeur dans son lit. Un de nos collègues qui s'est bien trouvé des bains de vapeur térébenthinée qu'il a pris sous notre direction l'année dernière, M. le docteur Gilbert, de la Côte Saint-André, a fait quelques expériences plus heureuses. Voici comment il m'a fait la description de son appareil, et quels résultats il en a obtenus :

« Je fais asseoir mon malade sur une chaise, de façon que, la poitrine regardant le dossier, il puisse appuyer ses deux bras; je l'entoure de deux couvertures de laine fixées autour du cou par une cravate et tenues écartées du corps par deux cerceaux en bois fixés, l'un à la hauteur des coudes, l'autre au niveau des genoux. Le malade ainsi disposé, je place au-dessous de lui une lampe à alcool, armée d'une grosse mèche; quatre ou cinq minutes suffisent pour amener une transpiration excessive. Si, au moyen d'une allonge, nous amenons sous le malade la vapeur que nous faisons dégager à petit feu d'une cornue renfermant de la poix noire en ébullition, nous remplissons toutes les conditions du four. Voulons-nous faire absorber de la térébenthine par les poumons, nous en faisons dégager dans la chambre du malade; j'ai obtenu de cette manière des guérisons que j'appellerai extraordinaires. »

Nous devons nous féliciter des expériences de M. le docteur Gilbert, autant à cause de la simplicité de son appareil que des résultats qu'il en obtient; mais nous ne croyons pas qu'il puisse toujours remplacer

notre appareil, et que la poix noire puisse fournir les éléments fournis par les copeaux. Et d'abord, les émanations volatiles de la poix noire ne seraient pas respirables et détermineraient bientôt la suffocation, à cause de leur âcreté et de l'épaisseur de leurs flocons. Nous préférerions le goudron ; mais rien ne saurait remplacer les copeaux de bois résineux. Avec ceux-ci seulement le malade peut, sans incommodité, être enveloppé en entier et respirer l'air saturé de vapeur térébenthinée. Le dégagement de la térébenthine dans la chambre du malade est aussi difficile à supporter; la conjonctive et la muqueuse de l'arrière-bouche et des bronches en est trop irritée. La térébenthine volatilisée n'est respirable qu'à la condition d'être mêlée à une certaine quantité de vapeur d'eau et de sortir du copeau sur le quel elle s'est déposée en grumeaux solides, après avoir laissé se dégager une partie de son huile essentielle. Il est certain, néanmoins, que le simple appareil de M. Gilbert peut devenir d'un usage fréquent, et qu'il peut rendre de grands services, à en juger par les succès qu'en a obtenus notre confrère.

Tout ce que nous avons publié l'année dernière sur les effets des bains de vapeur térébenthinée a été justifié par la suite de nos expériences. Le rhumatisme n'a jamais opposé une résistance sérieuse; la goutte s'est montrée plus rebelle, et les gonorrhées anciennes ont été guéries en quelques bains. Nous possédons des observations d'ankyloses fort anciennes, presque complétement résolues par une douzaine de bains. Nous nous proposons de faire un choix de nos observations les plus curieuses pour une prochaine publication.

Nouveaux renseignements sur les bains de vapeurs térébenthinée; *par* M. Al. Benoit, *D. M. P., à Die.*

Les bains de vapeurs térébenthinée à haute température, employés depuis bien des années sur quelques montagnes élevées de la Drôme par les malheureux atteints de rhumatisme, viennent de produire dans notre ville de si beaux résultats que nous croyons utile d'appeler de nouveau l'attention des praticiens sur ce moyen.

Avant de faire connaître ce que nous avons observé durant quatre mois pendant lesquels de nombreux bains ont été donnés, il ne sera pas sans intérêt de dire quelques mots sur l'arbre qui produit cette vapeur salutaire, et la disposition du four d'où émane la vapeur.

J'ai vainement cherché dans les auteurs une espèce de pin, dont la description se rapportât à celle qui nous occupe. Il existe une assez grande différence entre celle-ci et le pin maritime, le pin sylvestre, à plus forte raison le pin pignon; le *pinus montana* qu'on trouve dans *Dioscoride* offrirait avec elle une plus grande ressemblance. Cette espèce, que les gens de la montagne désignent sous le nom de pin *auve*, a un feuillage beaucoup plus sombre; ses feuilles sont plus charnues, plus longues, ses rameaux plus rapprochés, elle acquiert une hauteur pres-

que égale aux épicéa; son écorce est d'un gris cendré, son aubier d'un rouge plus foncé et plus cassant que les autres pins. Les cônes de l'auve sont luisants, on les croirait passés à un vernis, c'est qu'ils sont enduits d'une couche de térébenthine; le sol sur lequel il croît, couvert de neige pendant huit à neuf mois de l'année, ne présentant qu'une couche de calcaire presque continue, interrompue seulement de distance en distance par des crevasses remplies de détritus végétal, pourrait apporter par son âpreté quelque changement dans l'apparence de l'arbre, mais non des modifications radicales comme celles qu'on constate; ce dernier est donc très-probablement une espèce échappée aux recherches des naturalistes.

De tous les conifères, le pin auve est le plus riche en principes résineux; deux mois suffisent pour voir la partie de l'arbre que la hache du bûcheron a dénudée recouverte d'une couche épaisse de résine; il n'est point rare d'en voir, pendant les mois d'août et septembre, une larme très-transparente suspendue à chaque écaille du cône. Ce n'est pas seulement quand il vit que cet arbre est utile; chaque année on lui enlève deux à trois couches de bois qui varient d'épaisseur de 1 à 2 centimètres. Ces couches partent d'aussi haut que l'homme peut atteindre, c'est-à-dire à 2 mètres environ; elles s'arrêtent à 30 ou 40 centimètres du sol, l'expérience ayant démontré que plus bas le bois n'est point encore résineux. Il reste alors une portion de tronc intacte, et c'est cette même portion qui dans un temps éloigné donnera encore au faiseur de poix de bons produits; en effet, quand après cinq à six ans de durée qu'offre un beau sujet convenablement exploité, son diamètre s'est tellement réduit qu'il est dangereux d'en approcher, on achève de l'abattre, il reste alors la souche qui, attirant à elle toute la résine des racines, en fournira plus tard une quantité au moins égale à celle de l'arbre lui-même.

Pour avoir une idée exacte des fours à poix tels qu'on les trouve sur le sommet de Glandaz ou dans notre ville, qu'on se figure un œuf dont on aurait séparé circulairement vers le bout le plus petit un quart des trois autres quarts; sa profondeur est de 2 mètres à 2 mètres 20 centimètres, sa largeur dans le milieu de la profondeur est de 1 mètre 80 centimètres; il présente à sa partie la plus déclive deux ouvertures, l'une munie d'une cuiller en fer pour l'écoulement de la poix, et la seconde plus considérable, par laquelle on extrait les charbons, et qu'on a soin de boucher hermétiquement avec de la terre argileuse pour la conservation du calorique sitôt cette extraction opérée. Inutile de dire que le four est en briques, ou en pierres réfractaires, et d'une épaisseur considérable.

Quand on veut le garnir, c'est ainsi qu'on procède: les copeaux sont régulièrement superposés dans l'intérieur, de manière toutefois à présenter un peu de déclivité de la circonférence au centre; la face du copeau qui se trouvait libre sur l'arbre, c'est-à-dire celle recouverte de térébenthine, est dirigée en dessus, toujours pour permettre un écoule-

ment plus facile; quant aux copeaux qui proviennent des souches, comme ils ont une forme différente, qu'ils ne sont pas en lamelles, mais en éclats menus, on les dispose au centre avec moins de soin; ce n'est pas seulement leur surface qui est imprégnée de résine, c'est le bois tout entier : aussi à poids égal fournissent-ils beaucoup plus de produit que les lamelles, et cela par un suintement de tous les pores.

Le four suffisamment chargé, c'est-à-dire quand il contient selon les besoins de 400 à 800 kilos de bois, on y met le feu; une allumette enflammée qu'on y laisse tomber suffit ordinairement, la combustion dure quelques heures, elle annonce sa fin par la cessation de l'écoulement de la poix ; c'est dans ce moment qu'on couvre l'ouverture supérieure de manière à étouffer par la privation d'air toute trace d'ignition. On procède à l'extraction de charbon aussi rapidement que possible ; on lute l'ouverture, et, grâce à ces précautions, plus de dix-huit heures après que le feu a été éteint, alors que le four vient de recevoir une nouvelle quantité de bois, on peut obtenir de 60 à 80 degrés Réaumur : c'est le moment favorable pour y introduire les malades.

Les bains de vapeurs térébenthinées à haute température, appliqués aux affections rhumatismales, nous ont donné des résultats plus avantageux que les méthodes de traitement les plus vantées. Nous pouvons affirmer qu'il n'est peut-être pas un malade de tous ceux observés qui n'ait eu à se louer de cet agent, et si quelques-uns ont vu reparaître leurs douleurs après trois ou quatre mois de calme, c'est qu'ils avaient contre eux bien des causes défavorables.

En mars 1851, mon confrère, M. Chevandier, a publié un Mémoire suivi de onze observations, qui toutes, à l'exception de la dernière qui se rapporte à un homme dont quelques articulations étaient en partie ankylosées, se sont terminées par la guérison ; et encore dans ce cas l'amélioration a été si grande que le malade pouvait se passer de sa canne. Je possède de mon côté un assez bon nombre de faits qui ne viennent que corroborer les précédents ; je crois inutile de les rapporter. Ce n'est point un Mémoire que je fais aujourd'hui; je me borne à quelques réflexions sur cette nouvelle méthode curative.

Le rhumatisme, comme on le sait, se présente sous des aspects bien divers, qui tous ne sont pas aussi heureusement modifiés par cet agent. Les douleurs aux pieds, de nature goutteuse, sont celles qui ont montré le plus de ténacité; en revanche, celles qui sont vagues et articulaires, et qui sans être très-aiguës ne laissent pas que de tourmenter les malades, disparaissent ordinairement à la suite de quatre ou cinq jours de ce traitement.

De nombreux cas de sciatique qui avaient résisté à une foule de moyens ont rapidement guéri.

Le lumbago, quand il reconnaît pour cause une impression de froid, les raideurs articulaires, conséquence presqu'inévitable du rhumatisme passé à l'état chronique, cèdent comme par enchantement aux vapeurs térébenthinées.

Il existe un autre genre de maladies contre lequel ce mode curatif a trouvé d'heureuses applications, c'est le catarrhe pulmonaire : ici l'esprit est plus satisfait : l'action de la vapeur peut être suivie jusque dans les dernières ramifications bronchiques, et on peut concevoir l'heureuse influence de cette médication excitante sur une muqueuse malade depuis longtemps.

Trois cas seulement se sont présentés à mon observation : le premier est M. Argoud, avoué à Die. Un catarrhe pulmonaire qu'il avait depuis vingt ans a disparu après cinq bains.

Le second est M. Algoud, percepteur à Montmeyrand, atteint depuis très-longtemps d'un catarrhe avec expectoration énorme de matières. Sept bains ont suffi pour le guérir.

Dans ces deux cas il n'y a pas eu la moindre récidive, malgré l'hiver froid et rigoureux que nous venons de traverser.

Le troisième malade est un confrère, M. Gilbert, de la Côte (Isère). Chez ce dernier il y a eu seulement amélioration notable du catarrhe; quant au rhumatisme musculaire qui existait simultanément, de sourdes et profondes qu'elles étaient, les douleurs sont devenues tellement superficielles, comme sous-cutanées, dit-il dans une lettre qu'il m'a écrite ces jours-ci, que quelques bains qu'il se propose de prendre à la saison prochaine, achèveront de les dissiper.

De semblables résultats joints aux grandes difficultés, que présente l'entrée des fours de la montagne, à l'insuffisance de ce qui existe dans notre ville, nous ont engagé à créer aux portes de Die, un établissement de bains de vapeurs térébenthinées à haute température. D'importantes modifications ont été apportées dans la création du four ; l'accès jusqu'ici assez pénible est aujourd'hui d'un abord facile. Nous avons jugé indispensable d'ajouter un cabinet à étuve, où la température sera infiniment moins élevée, et qui servira de lieu de transition entre celle des chambres et celle du four.

Du laryngisme et de ses différentes espèces; *de son traitement par la trachéotomie, et de la manière de faire cette opération;* par le docteur **Marshall Hall.**

Le mot de laryngisme a été jusqu'ici exclusivement employé pour la forme pathologique connue sous le nom de *laryngismus stridulus*, comme on la rencontre dans l'enfance. Mais, cependant, dans ces cas mêmes, le laryngisme n'est pas une *maladie*, c'est un simple symptôme d'une affection plus générale, et en tant que symptôme, il n'est aucunement borné à une seule forme, à une seule maladie, aux seuls enfants : au contraire, il se présente sous des formes très-variées, dans plusieurs maladies, et chez les adultes aussi bien que chez les jeunes sujets.

Quels que soient, au reste, les cas où les phénomènes laryngiques se rencontrent, l'affection, bien que simple symptôme, doit être appelée

laryngisme, sous la réserve toutefois d'en rechercher les diverses formes et les diverses espèces. Inutile de faire observer que, lorsque ces phénomènes sont dus à une inflammation du larynx, on l'appelle *laryngite*.

Ainsi compris, le laryngisme se présente dans plusieurs circonstances :

1° Dans l'apoplexie, à la suite de convulsions, après l'ingestion de poisons narcotiques, dans l'ivresse alcoolique, pendant un profond sommeil, on le rencontre sous forme de *sterteur laryngienne;* dans ces divers cas, il peut être considéré comme *apoplectique*.

2° Dans l'épilepsie, dans les convulsions puerpérales, dans les affections convulsives de l'enfance, après l'ingestion de la strychnine, dans la suffocation, il se présente sous la forme d'une occlusion plus ou moins resserrée de la glotte, et doit être considéré alors comme *spasmodique*.

3° Le docteur Hugh Ley a attribué récemment quelques cas de *laryngismus stridulus*, à la compression exercée par des glandes du cou engorgées sur le nerf laryngé inférieur ou récurrent. Si ces faits se présentent en effet, ce qui peut être, mais pas aussi fréquemment toutefois que cet auteur le suppose, on peut les considérer comme la forme *paralytique* de l'affection.

Il suffit d'avoir été témoin d'une attaque de laryngisme pour comprendre qu'en cas de gravité ou de prolongation, la mort en est l'inévitable conséquence.

C'est ce qui a suggéré à quelques chirurgiens éminents l'idée de recourir à la trachéotomie pour conjurer le danger. Voici l'observation d'un cas où l'habileté de M. Sampson sauva de la maladie un pauvre homme plongé dans un profond état d'ivresse.

Abraham H., âgé de trente-et-un ans, fut porté chez moi, dit-il, le 31 mars dernier, dans un état de parfaite insensibilité par suite d'ivresse ; les pupilles étaient largement dilatées, la respiration stertoreuse, et depuis quatre heures toute espèce de mouvements volontaires étaient abolie.

J'eus recours immédiatement à la pompe stomacale, etc., et j'insistai sur la nécessité de recourir immédiatement à la trachéotomie.

A peine la trachée fut-elle ouverte, que la distension des veines du cou et de la tête s'évanouit, les efforts violents des muscles expirateurs externes cessèrent, et au bout d'une demi-heure une respiration égale et facile se faisait par la plaie ; en même temps les pupilles redevinrent sensibles à l'impression de la lumière et le pouls radial reparut.

Il passa la nuit dans un état de parfaite tranquillité, mais ne reprit connaissance que le lendemain matin.

A cette observation, il faut joindre celle de M. Martin Coates, de Salisbury, relatée dans la lettre suivante.

Salisbury, 26 avril 1851.

Mon cher Monsieur,

J'ai eu un cas fort intéressant de laryngisme puerpéral. Je fus appelé chez une femme d'une grande corpulence, d'une constitution molle, qui avait déjà accouché

plusieurs fois sans accidents. J'arrivai juste à temps pour soutenir le périnée pendant le passage de la tête. A ce moment, elle se plaignit de gêne de la respiration, accompagnée d'une toux sèche, et avant que j'eusse seulement le temps de lier le cordon, la dyspnée devint extrême ; la malade était comme un enfant qui aurait aspiré de l'eau bouillante par le tuyau d'une théière ; bientôt les lèvres et la face bleuirent, le regard devint fixe, les yeux saillants, il y eut perte de connaissance. Je lui tâtai le pouls et le trouvai plein et redondant. Je priai les assistants de la placer sur son séant et lui ouvris la veine aux deux bras, ayant eu soin au préalable d'enlever tout ce qui pouvait comprimer la gorge. A peine vingt onces de sang eurent-elles coulé, que la conscience se réveilla; la respiration redevint libre, et après un quart d'heure de temps, elle était complétement remise de son attaque.

Ce cas avait une telle analogie avec celui rapporté plus haut, d'occlusion accidentelle de la glotte, que si ma malade n'avait pas été incontinent soulagée, j'aurais saisi mon bistouri et lui aurais ouvert la trachée.

Ici se trouvaient réunis : 1° Spasme et fermeture presque complète de la glotte; 2° état voisin de l'apoplexie ou des convulsions.

J'ai l'honneur d'être, etc.

W. Martin Coates.

C'étaient là des cas de laryngisme *apoplectique ;* mais le laryngisme *spasmodique* constitue évidemment un des plus dangereux accidents de l'hydrophobie et du tétanos. Feu le docteur Physick, de Philadelphie, fut le premier qui proposa la trachéotomie pour les angines ; plus tard le docteur Herbert Mayo émit la même opinion. Jusqu'ici c'est à l'observation des phénomènes qu'étaient dues ces vues de traitement ; en effet, dans des cas de cette nature le danger est imminent ; l'opportunité de la médication, tentée pour *sauver la vie,* ne saurait faire l'objet d'un doute.

Mais j'ai une autre proposition à faire, puisée non plus dans l'empirisme, mais dans la théorie ou physiologie. La voici :

Entre la cause excitante des convulsions et les convulsions elles-mêmes se place, comme anneau essentiel de la chaîne qui unit cette cause à ses effets tant immédiats qu'éloignés, le laryngisme spasmodique, avec occlusion plus ou moins complète du larynx et efforts violents d'expiration. Or, dans quelques cas, les effets de ces convulsions sont une apoplexie mortelle, dans d'autres une paralysie, dans ceux-ci une manie, dans ceux-là, enfin, surtout lorsque les accès se répètent, l'abolition des fonctions.

Or, ma proposition consiste à pratiquer la trachéotomie comme mesure préventive.

Cette question de l'application de la trachéotomie à la prophylaxie des convulsions épileptiques comprend de grands principes de physiologie.

Avant de m'occuper spécialement de son examen, je demande à relater le cas suivant, qui m'a été communiqué par M. W. H. Cane, d'Uxbridge ; cas dont je puis dire, comme je l'ai dit plus haut de celui de M. Sampson, que c'est un des plus beaux faits de la chirurgie moderne.

Uxbridge, 17 mars 1851.

Mon cher Monsieur,

Je fus appelé inopinément le 1er février 1851, près de Ant., âgé de vingt-quatre ans. On me rapporta qu'il avait été trouvé comme mort la veille dans un canot. En arrivant près de lui, je le trouvai en proie à des convulsions, la face gonflée, avec extravasation de sang dans les conjonctives, qui étaient livides, extrémités froides, pouls radial imperceptible, quoique le cœur battît encore faiblement. L'extrême gêne de la respiration me fit croire que la masse entière du sang passait à l'état veineux, et perdait les qualités nécessaires à l'entretien de la vie. Le muscle peaucier et le sterno-mastoïdien se contractaient vivement, surtout à droite, entraînant jusques sur l'épaule gauche le menton, agité lui-même de mouvements convulsifs continuels. L'inspiration s'exécutait par des secousses saccadées et rares. Les veines du cou et de la tête étaient très-apparentes et énormément distendues. J'appris des assistants que depuis dix-neuf heures il était dans le même état, avec quelques intermittences, à la vérité, mais sans aucun retour de la sensibilité. Je considérai ce cas comme dû au spasme du larynx et de la généralité des muscles du cou. L'insensibilité était due d'abord à un obstacle au retour du sang du cerveau par suite de cet état de spasme, et entretenue ensuite et portée jusqu'au degré du coma, par le spasme des muscles aryténoïdiens, empêchant la libre pénétration de l'air dans les poumons et une artérialisation du sang suffisante pour l'entretien de la vie. Je ne pus obtenir aucun renseignement sur la cause excitante de cet état spasmodique ; mais si les acidités de l'estomac ou dyspepsie peuvent (comme cela se remarque souvent) produire la crampe des jambes, n'est-il pas facile de comprendre que la même cause en produise dans les muscles du pharynx, surtout quand on se rappelle l'origine et la distribution des branches gastriques et récurrentes du pneumo-gastrique ?

Convaincu que le malade était menacé de mourir et que la racine du mal se trouvait dans l'occlusion du larynx, je me décidai incontinent à ouvrir la trachée ; tâche difficile, à cause de la distension du cou, de l'engorgement de ses vaisseaux et des mouvements continuels de ses muscles. Cependant je sentis la nécessité de le faire, et je fis sur-le-champ une incision sur la ligne médiane, s'étendant du bord supérieur du sternum jusqu'à deux pouces environ au-dessus. Après la séparation du bord des muscles sterno-mastoïdiens, je tombai sur une grosse veine considérablement distendue (la thyroïdienne médiane) qui me gênait considérablement à cause de son volume ; c'est pourquoi, après l'avoir entourée d'une ligature à chacune des extrémités de l'incision, j'enlevai la portion intermédiaire. Je reconnus alors de suite et divisai les anneaux de la trachée ; les bords de cette division furent saisis par le tenaculum, et une faible partie en fut enlevée.

Le premier effet de l'entrée de l'air dans la poitrine fut de relâcher le spasme. Il me fut possible de redresser la tête du malade, et en très-peu de temps la turgescence de cette partie diminua : la face prit d'abord un aspect tacheté, devint rouge ensuite, mais pâlit après quelques minutes. Pendant que s'opéraient ces changements, la radiale était redevenue sensible ; on recourut alors aux moyens propres à ranimer la circulation dans les extrémités.

Je ployai en double crochet le stylet d'une canule de femme que j'introduisis dans la plaie, et l'attachai derrière le cou, à l'effet de tenir la trachée ouverte. Je fus forcé de recourir à cet expédient, n'ayant à ma disposition d'autres instruments que ceux de ma trousse.

C'était à peine achevé que déjà mon malade était revenu suffisamment à lui-

même pour essayer de parler; je fus donc à même de lui faire comprendre ce qui avait été fait, en l'engageant à se tenir tranquille. Une heure après je le quittai, et y retournai bientôt avec une canule, que je plaçai dans la trachée, ajustant les lèvres de la plaie et les téguments de manière à les appliquer exactement au pourtour de l'instrument. On ramena les ligatures vers le haut et le bas de la plaie.

Le jour suivant, le pouls battait environ quatre-vingt-dix fois par minute, le malade se trouvait bien sous tous les rapports. Ayant appliqué le doigt sur l'ouverture de la canule, j'appris de lui que, depuis sept ou huit ans, il était sujet à l'épilepsie, et que, récemment, les accès avaient été plus répétés et plus violents, au point que les deux dernières années il ne pensait pas avoir passé deux jours de suite sans en éprouver un.

A dater de ce moment, il alla bien, la chute des ligatures eut lieu le quatrième et le cinquième jour, et la plaie s'unit par première intention autour de la canule.

Il resta confié à mes soins jusqu'au 15 de ce mois sans avoir éprouvé de nouvelle attaque. Il repartit alors dans son canot pour le comté de Staffort, et n'est plus revenu chez nous depuis. J'apprends cependant qu'il a continué jusqu'ici à se bien porter.

Uxbridge, 1er avril 1851.

Mon cher Monsieur,

Je me suis informé de mon patient, et j'apprends qu'il a été atteint de la petite-vérole, mais qu'il n'a plus eu d'attaque d'épilepsie. Je me propose de laisser fermer actuellement la plaie et d'observer s'il se manifeste quelque disposition au retour de cette maladie. A son prochain voyage, je le retiendrai pendant une ou deux semaines; je le surveillerai, et tâcherai de trouver l'occasion de vous le faire voir. Recevez, etc. J. W. Cane.

Uxbridge, 15 octobre 1851.

Mon cher Monsieur,

J'ai vu notre patient le canotier, et j'ai appris de lui que jusqu'à cette heure il n'a plus eu aucun ressentiment de son épilepsie, même sous la forme la plus modérée. Recevez, etc. J. W. Cane.

S'il est une circonstance où l'opportunité de la trachéotomie ne puisse être révoquée en doute, c'est celle où, comme dans le cas rapporté par M. Cane, la vie est en jeu. Il est cependant encore un motif de son emploi, dont l'observation relatée autorise l'admission ; c'est l'espoir de mettre désormais les épileptiques à l'abri d'une nouvelle atteinte.

En effet, et alors même que la vie n'est pas menacée, la perspective de préserver les malades de la perte de leur esprit ou du libre usage de leurs membres ne la légitimerait-elle pas suffisamment? Je crois pouvoir abandonner sans crainte la solution de cette question à ceux qui ont eu l'occasion de voir les formes variées des convulsions épileptiques, puerpérales, etc., avec leurs formidables conséquences. Cela sera donc une question de *degré* et de *temps;* il nous faudra l'examiner mûrement chaque fois que nous serons en face d'un malade en proie au coma et à la sterteur, ou à des convulsions, puisque nous savons que la trachéo-

tomie dissipe les premiers et prévient le retour des secondes, ainsi que leurs suites. L'apoplexie, l'épilepsie se présentent sous toutes les formes, dans tous les degrés, non-seulement en elles-mêmes, mais encore dans leurs effets. Elles se présentent et reviennent en se succédant avec rapidité, et de manière à menacer la vie ou affaiblir les facultés mentales; elles existent quelquefois sous des formes et dans des degrés à peine appréciables, d'autres fois sous les formes les plus graves, et enfin à tous les degrés et dans toutes les formes intermédiaires. Quel degré doivent avoir atteint ces maladies pour exiger et justifier cette médication? De longues années d'expérience et des essais consciencieux et approfondis sont encore indispensables pour résoudre pleinement cette question.

Peu de médecins, je ne crains pas de le répéter, hésiteront dans l'emploi de la trachéotomie, comme remède urgent, lorsque le laryngisme apoplectique menace la vie. Mais la question n'est pas là. Sommes-nous autorisés, en cas d'épilepsie ou d'autres convulsions, à y avoir recours en vue de prévenir le retour et les progrès du mal? Le danger que courent dans un avenir peu éloigné l'intelligence, les mouvements, la vie du malade et l'espoir de le préserver du retour de nouvelles attaques, sont-ils un *dignus vindice nodus*, un motif suffisant pour recourir à l'application du moyen dans un mode plus continu, en lui faisant porter un tube dans la trachée? Ayant été témoin, plus souvent qu'aucun autre médecin peut-être, de ces cruelles maladies, surtout de l'épilepsie, je réponds sans hésitation, oui. La déplorable condition où elles réduisent les patients me paraît le justifier pleinement.

Les cas d'épilepsie peuvent être plus ou moins violents ou terribles. Je n'ai pas la prétention de déterminer avec précision ceux où la trachéotomie est indiquée. C'est une affaire de calcul *moral* pur et de choix, dans lequel devra entrer, d'une part la crainte de la maladie, de l'autre celle du remède. L'épilepsie peut se présenter dans la forme la plus légère, celle d'une perte simple et passagère de mémoire; ou s'offrir sous la forme la plus grave, telle que convulsions soudaines et violentes, précipitant le malade par terre, sur le feu, dans l'eau, et suivies de coma ou d'apoplexie, de délire, de manie, de paralysie, de démence.

On peut appeler la première forme épilepsie légère (*epilepsia mitior*); elle comprend tout ce qui reste en deçà du laryngisme, comme perturbations des sens, mouches devant les yeux, tintouin, odeur de musc, aura, vertiges, perte de mémoire, trouble ou abolition de l'intelligence, tremblement de tête, plusieurs affections spasmodiques de la face, des yeux, des extrémités.

Alors vient le laryngisme, la dyspnée laryngienne, peut-être l'occlusion complète de la glotte, avec efforts violents d'expiration. Ceci constitue avec les autres anneaux de la même formidable chaîne l'épilepsie grave (*epilepsia gravior*). Il n'y aura pas lieu de recourir à la trachéotomie pour combattre l'appareil phénoménal qui se trouve en deçà du laryngisme; mais celui qui est au delà sera efficacement com-

battu, j'en ai l'espoir et la conviction, par son application opportune. Elle convertit l'épilepsie grave, ou *haut mal*, en épilepsie légère, ou *petit mal*. Si mon espoir se réalise, je considérerai le résultat comme une grande victoire remportée par la physiologie, et surtout par la théorie des mouvements réfléchis dont il est une application, sur l'observation pure. Et ici, qu'il me soit permis de citer quelques mots d'un homme que je considère depuis longtemps comme le plus grand médecin de tous les âges et de tous les pays.

« Encore qu'il ne soit pas agréable de porter un tube dans la trachée-artère pour se préserver de l'épilepsie, cette maladie est néanmoins si affreuse, que vous aurez rendu un bien grand service à l'humanité, si le temps confirme vos vues, si l'expérience s'ajoute à l'heureuse expérience que vous avez faite une fois. Aussi ne saurais-je trop vous engager, mon cher ami, à expérimenter de nouveau, à recueillir des faits nombreux, avec les détails suffisants, avant d'annoncer votre découverte comme parfaitement positive au public. S'il y a plus que coïncidence (et je le crois) dans le fait que vous avez fait connaître, vous pouvez attendre sans trop d'impatience; car le monde savant est averti, et vous avez pris date. Courage donc, mon cher ami, continuez à interroger l'expérience avec la sagacité que vous apportez en toute chose; et si vous êtes dans le vrai, vous ne serez pas plus heureux que moi de votre invention — grande et magnifique invention ! — qu'on pourrait placer à côté du problème résolu par M. Leverrier. »

Avant de passer à un autre point de mon sujet, je dois faire, en passant, une remarque à l'endroit de l'apoplexie, et spécialement de cette espèce qu'Abercrombie désigne par apoplexie simple, et pour laquelle je me hasarde à proposer le nom d'apoplexie paroxysmale (*paroxysmal apoplexy*). On peut distinguer cette affection, comme l'épilepsie, en légère et en grave ; et le laryngisme est, comme dans l'épilepsie, une chaîne d'union entre les deux ; pas aussi distinctement peut-être que dans l'épilepsie, mais cependant encore d'une manière évidente. Les faits relatés par MM. Sampson et Cane en fournissent des exemples. La trachéotomie parvient chaque fois à changer la forme grave en forme légère.

J'ai maintenant quelques remarques à présenter sur le mode opératoire de la trachéotomie. Jusqu'ici, elle a été considérée comme difficile. J'ai vu un malade périr sous le couteau, et je n'oublierai jamais cette déplorable scène. Aujourd'hui que je vois s'agrandir considérablement le champ de son application, je désirerais la rendre aussi facile et aussi sûre que possible, afin que le praticien le moins exercé ne reculât plus devant la crainte de la pratiquer.

Je propose d'inciser d'abord largement les téguments de séparer ensuite les tissus sous-jacents à l'aide d'un stylet mousse, ou de pinces à disséquer, de les écarter mécaniquement sans les diviser, et d'arriver ainsi jusque sur la trachée. Je propose ensuite d'employer un petit instrument de la forme d'un trocart ayant un bord circulaire et muni d'un crochet jouant librement dans son intérieur. En faisant exécuter

un mouvement de rotation à l'instrument et retirant en même temps le crochet, on enlèverait à la trachée une pièce circulaire.

C'est par l'ouverture pratiquée ainsi, que je propose d'introduire un petit instrument en fil d'argent, moins large que le tube, dont le volume peut se réduire pour qu'il puisse être introduit, retiré et introduit de nouveau, et construit de manière à rester fixe dans la trachée et de pouvoir s'y déployer.

Je propose ensuite de couvrir l'ouverture d'une gaze métallique garnie d'un petit réseau en coton, afin d'empêcher l'entrée de l'air froid et sec, surtout pendant la durée du vent d'est.

Il m'a semblé que, lorsque la trachée doit rester longtemps ouverte, il faut en laisser cicatriser les bords autour de l'instrument en les touchant avec le sulfate de cuivre, sauf à aviver ces bords par l'instrument tranchant et de les mettre ensuite en contact immédiat, lorsqu'on veut fermer définitivement l'ouverture.

J'ai affirmé à plusieurs reprises, et je le rappellerai en terminant, que si la trachéotomie était faite et qu'un tube fût habituellement porté dans la trachée, on préviendrait les convulsions épileptiques, les puerpérales, celles des enfants, ainsi que leurs funestes effets.

Aujourd'hui, l'expérience s'est jointe à la théorie pour me raffermir dans mon *espoir*, car la prudence m'ordonne de ne pas aller jusqu'ici au delà de l'espoir.

Je généralise cependant mon idée, et, l'appliquant à l'apoplexie paroxysmale aussi bien qu'aux convulsions, je me réjouis dans la pensée que la trachéotomie sera un moyen préventif ou curatif dans l'apoplexie grave, aussi bien que dans l'épilepsie grave.

Il est remarquable que, dans l'apoplexie et l'épilepsie, le laryngisme est un chaînon intermédiaire entre la forme grave et la forme légère des deux maladies, simple effet dans celle-là et cause dans celle-ci. Une juste appréciation de ces faits conduit à un principe important de traitement dans l'une de ces affections, et de prophylaxie dans l'autre.

Les conclusions auxquelles je suis arrivé sont les suivantes :

1° Que, dans les cas d'apoplexie sans maladie organique, il n'est plus permis de laisser mourir un malade sans que la trachéotomie ait été appliquée ;

2° Que, dans les cas d'épilepsie, il ne faut plus laisser marcher le laryngisme avec convulsions et danger de mort, de perte d'esprit ou de celle du libre usage d'un membre, sans faire connaître au malade les ressources qu'il peut trouver dans la trachéotomie.

Je le répète encore une fois : par la trachéotomie, le *haut mal* est converti en *petit mal;* dès que tout obstacle à la libre entrée de l'air, toute cause d'efforts expirateurs violents sont enlevés, cette cruelle maladie est arrêtée dans sa marche; et ce *petit mal* même, dans l'absence de tout ce qui peut porter atteinte au système nerveux, peut rétrocéder et disparaître (1).

---

(1) *The Lancet ;* trad. par M. Fallot, dans le *Journal de médecine de Bruxelles.*

CHIRURGIE.

Note sur les corps cartilagineux libres de la tunique vaginale; par M. **Chassaignac**, *chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.*

La présence de corps cartilagineux tout à fait libres à l'intérieur des cavités séreuses est un fait aujourd'hui trop bien démontré pour qu'on s'arrête à en fournir la preuve; mais c'est un sujet qui exige encore de nombreuses recherches. Il s'agit de déterminer la composition intime de ces corps, dont l'étude par le microscope est encore à faire, de préciser le mode ou plutôt les modes variés de leur formation, de constater par des observations cliniques bien complètes leur mode d'influence pathologique sur les cavités séreuses au sein desquelles ils se trouvent, de décider enfin le choix des praticiens en faveur des meilleurs procédés curatifs à leur opposer.

Ce programme fort étendu, aucun homme en particulier ne saurait le remplir par sa seule expérience, quelque considérable qu'elle soit. Le fait que nous rapporterons en est un grand exemple; il s'agit d'un corps cartilagineux libre de la tunique vaginale. Eh bien, combien croit-on que, dans sa longue et vaste pratique, A. Cooper, qui a fait un traité *ex professo* sur les maladies du testicule, en ait observé d'exemples? Pas un seul; et c'est sur des pièces d'anatomie pathologique, qu'il a écrit l'unique chapitre de son traité qui se rapporte à cette curieuse maladie. M. Roux qui, parmi nos contemporains français, est assurément celui qui a eu la pratique chirurgicale la plus longue, et l'une des plus étendues, n'en a non plus jamais observé d'exemple sur le vivant, et, même dans ses études cadavériques, il n'a trouvé ces corps qu'à l'état pédiculé.

L'analogie intime qui existe entre les corps cartilagineux de la tunique vaginale et ceux que l'on rencontre dans la grande cavité du péritoine, nous engage à passer rapidement en revue quelques exemples de corps cartilagineux trouvés à l'état complétement libre dans la grande cavité abdominale. Planque rapporte que l'on trouva dans le ventre d'un sujet un corps lisse, comme cartilagineux, ayant 14 lignes de long, 10 lignes de large, 7 lignes d'épaisseur, de forme ovalaire, et contenant dans son centre une petite pierre unie, ronde, semblable à un pois. M. Lebidois, de Caen, a trouvé dans un kyste, au-dessous de la rate, un corps blanc, ovoïde, du volume d'une très-grosse noix, légèrement déprimé sur trois faces, dur, compacte, élastique, et entièrement libre par toute sa surface, qui était luisante, humide et polie, de manière à imiter la tête du fémur récemment extraite de la cavité cotyloïde.

Dance a recueilli, en 1825, un fait de ce genre sur une jeune femme

morte de phthisie pulmonaire; les viscères abdominaux étaient parfaitement intacts ; un corps étranger, aplati, de la forme et du volume d'un marron, lisse, humide, jaunâtre, entièrement libre dans le péritoine, fut trouvé entre le cœcum et la colonne vertébrale. Ce corps, élastique, très-dense, offrant moins de dureté au centre qu'à la surface, ne présentant nulle apparence fibreuse, put être écrasé sous le pouce, et parut être une concrétion fibrineuse, reste d'un ancien caillot sanguin.

Il paraît que ces corps libres de la cavité péritonéale sont assez fréquents sur le cheval; nous ignorons si la tunique vaginale en offre des exemples plus fréquents que chez l'homme.

Les faits que nous avons cités suffiraient déjà pour prouver que l'étude de la disposition intérieure de ces corps n'a pas été très-scrupuleusement faite : ainsi, des trois exemples cités plus haut, un seul, celui de Planque, indique l'existence au centre de la masse d'une petite pierre; cette indication est évidemment tout à fait insuffisante.

Nous n'insisterons pas davantage en ce moment sur les corps libres de la cavité péritonéale; nous ne parlerons pas non plus de ceux des cavités synoviales articulaires, qui, selon toute apparence, doivent reconnaître dans bien des cas une origine analogue à celle des corps que l'on trouve dans la cavité séreuse abdominale, et nous insisterons plus particulièrement sur les corps de la cavité séreuse du testicule. Voici ce qu'en dit sir Astley Cooper :

« En disséquant des sujets qui étaient atteints d'hydrocèle au moment où ils succombèrent, j'ai trouvé plusieurs fois de petits corps flottant dans la sérosité. Quelquefois ils sont nombreux ; le plus souvent, on en trouve deux ou trois, et parfois un seul. Au premier aspect, ils ressemblent à des cartilages ; mais, à un examen attentif, on reconnaît qu'ils ne sont cartilagineux qu'extérieurement, tandis qu'ils sont osseux à leur centre. Ils ressemblent aux corps flottants et pédiculés des articulations, qui sont également cartilagineux à leur surface extérieure, et qui renferment dans leur centre une matière osseuse. Dans quelques cas, j'en ai rencontré dont il m'a été impossible de découvrir l'origine ; il y avait bien des traces d'inflammation et d'adhérences dans la tunique vaginale, mais le lieu de leur formation ne pouvait être déterminé. Dans d'autres cas, il m'a semblé que leur formation s'était effectuée de deux manières : ils formaient des corps pédiculés pendant à la surface de l'épididyme et du testicule, recouverts par la tunique vaginale. Lorsque le pédicule diminuait de grosseur, ils tombaient spontanément, ou étaient détachés par les mouvements du testicule et par les froissements auxquels ils sont exposés. Le deuxième mode d'origine que je leur connaisse, est le suivant : ils se produisent dans l'intérieur d'un kyste situé à la surface du testicule, entre la tunique vaginale et la tunique albuginée. En ouvrant ce kyste, on y trouve de ces petits corps solides suspendus à la surface interne. Ce mode de production se comprend et s'explique aisément; l'inflammation chronique provoque entre la tunique vaginale et l'albuginée, une exhalation, un épanchement qui se

projette en avant et reste suspendu; ensuite, ce produit devient vasculaire par la propagation des vaisseaux des membranes; il s'y forme des tuniques, et, consécutivement, une matière osseuse y est sécrétée. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est la tendance des membranes séreuses et séro-fibreuses à devenir le siége d'encroûtement cartilagineux et calcaire; cette faculté, en effet, n'est pas bornée à la tunique vaginale et à la tunique albuginée, car on l'observe fréquemment dans la dure-mère, quelquefois dans la pie-mère et dans le péricarde, souvent à la surface de la rate, et assez souvent dans les articulations. Quant aux effets produits par ce corps dans la tunique vaginale, ce sont ceux de l'inflammation chronique; *mais je n'ai jamais pu constater leur existence sur le vivant.* »

M. Velpeau, dans le tome IV de la deuxième édition de sa *Médecine opératoire*, donne très-peu de détails sur ces corps libres, dont il admet, du reste, très-positivement l'existence; voici ce qu'il en dit :

« On a souvent trouvé dans les cas d'hydrocèle des concrétions, tantôt libres, tantôt adhérentes, d'une matière friable, comme graisseuse, micacée, ou en grumeaux d'apparence fibrineuse, cartilagineuse. Il m'a semblé que de tels produits résultaient d'une certaine quantité de sang, ou de quelques masses albumineuses dénaturées. » Pott, dans son *Traité de l'hydrocèle*, qui renferme cinquante et une observations, ne mentionne, ni directement ni indirectement, aucun exemple de ces corps libres de la tunique vaginale. Les œuvres de Hunter, si riches en faits rares et exceptionnels, ne renferment non plus aucun exemple de ces corps libres de la tunique vaginale. La *Médecine opératoire* de Sabatier garde le même silence à ce sujet. On voit donc, par les courtes citations que nous avons faites, combien il importait de conserver l'observation curieuse qui s'est présentée à l'hôpital Saint-Antoine.

Voici cette observation.

Obs. — Loiselier (Louis-Jean), âgé de 70 ans, cordonnier, rue de la Muette, n° 4, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 17 février 1852, au n° 28 de la salle Saint-François.

Cet homme, dont la constitution est assez vigoureuse, est atteint depuis plusieurs années d'une hernie inguinale double; il présente à la bourse gauche un hydrocèle moyennement distendu, et dans lequel on reconnaît tout d'abord un corps dur qui, sous l'impulsion du doigt, s'agite à la manière d'un grelot, et paraît complétement libre dans la tunique vaginale. Interrogé avec soin, ce malade nous affirme qu'il n'a jamais éprouvé de douleur dans ce côté des bourses, qu'il n'a reçu aucun coup, qu'il n'a jamais eu de ce côté rien qui ait pu ressembler à une orchite blennorrhagique.

Les jours qui suivirent l'entrée du malade furent consacrés à des explorations variées sur l'état général de la bourse et sur les connexions qui auraient pu exister entre ce corps, comme pierreux au toucher, et le testicule, l'épididyme et le canal déférent. Ces explorations furent singulièrement facilitées par l'état de tension incomplète de la tunique vaginale. L'hydrocèle, examinée par transparence, est facile à reconnaître. Si l'on saisit d'une main le corps étranger, et si, l'autre main tenant le cordon à son entrée dans le canal inguinal, on imprime des mouvements

comme pour attirer en haut le corps étranger, on voit que ce dernier est indépendant de toute connexion avec le cordon. Le canal déférent, qui du reste est parfaitement sain, passe à distance de ce corps, et se rend au testicule qui, lui-même, ne présente rien de remarquable. La facilité avec laquelle le corps dur se déplace, occupant tantôt une région, tantôt une autre de la cavité vaginale, montre qu'il est complétement libre. Tel fut aussi le jugement que portèrent les membres de la Société de chirurgie, et notamment MM. Roux et Cloquet, qui voulurent bien examiner ce malade avec toute l'attention nécessaire. Le lendemain du jour de la présentation à la Société, une incision faite à la tunique vaginale donna issue au corps étranger, qui ne présentait aucun pédicule, aucune adhérence. On vit s'échapper en même temps quelques cuillerées d'un liquide jaune citrin d'une transparence parfaite : la plaie de l'incision fut réunie au moyen de quelques aiguilles avec la suture entortillée. Il ne survint aucun accident, la cicatrisation eut lieu le lendemain, et, plus de dix jours après la petite opération, aucun liquide ne s'était reproduit dans la tunique vaginale.

Notre attention dut alors se porter sur le corps d'apparence cartilagineuse qu'on venait d'extraire, et M. Folein, qui assistait à la visite, voulut bien se charger de l'examen microscopique du corps étranger. Voici les détails qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.

« Ce corps, aplati suivant un de ses diamètres, a 2 centimètres de longueur sur 12 millimètres de largeur ; sa forme est à peu près ovoïde, et sur un des points de sa surface, il présente un véritable hile ; sa couleur est blanche ; il est rénitent et offre comme une fluctuation profonde; à la coupe, il montre des couches concentriques dont les plus externes appartiennent à tout le corps étranger; elles circonscrivent deux noyaux centraux qui paraissent avoir un système de fibres qui leur est propre; dans l'un de ces noyaux centraux l'on trouve deux agglomérations d'une nature jaune, résistante sous le scalpel, d'apparence calcaire.

Examen microscopique.

« 1° *Substance et fibres concentriques.*— On n'y trouve qu'une masse amorphe, d'apparence striée : cette masse fibroïde ne laisse voir aucune fibre isolée.

« 2° *Matière jaune centrale.* — Elle renferme de grandes cellules irrégulières, squammeuses, avec un noyau central et des agrégats noirâtres dans leur intérieur ; ces cellules m'ont paru être des cellules d'épithélium pavimenteux infiltrées de substance calcaire, car elles font effervescence avec les acides. »

L'extrême rareté d'un corps élastique aussi volumineux de la tunique vaginale nous imposait le devoir de multiplier les examens que l'on pouvait faire de sa structure interne ; aussi, avons-nous accueilli avec le plus vif intérêt, même après la note très-bien faite de M. Follin, celle que notre collègue à la Société de chirurgie, M. Lebert, a bien voulu nous donner sur le même sujet.

« Ce corps est composé de couches concentriques emboîtées à la manière des lamelles d'un oignon. Toutefois, il n'est pas possible de les séparer par un simple décollement; ces couches concentriques occupent dans les deux tiers extérieurs toute la circonférence de la tumeur; mais, vers le tiers ou les deux cinquièmes internes, on voit deux noyaux jaunâtres ternes, entourés chacun également de couches concentriques. En soumettant les tranches verticales de la portion périphérique à de faibles grossissements, on trouve que ces couches ne sont point séparées, mais

seulement que le tissu est plus mince, plus transparent dans les endroits où deux de ces lamelles apparentes se touchent.

« Au premier aspect, toute cette substance paraît fibreuse, englobée dans une substance amorphe transparente, finement granuleuse ; mais, en l'examinant de plus près, on peut bientôt se convaincre que toute la substance est composée d'un tissu élastique particulier, composé de corps allongés, pointus à leurs extrémités, de 1/200e de millimètre de largeur, disposés en réseaux à mailles étroites, et ayant quelque ressemblance avec les fibro-cellules des muscles de la vie organique; cependant, l'acide acétique, tout en faisant mieux ressortir tous les détails, ne montre nulle part des noyaux dans leur intérieur. Au total, nous avons là un tissu très-analogue au tissu élastique des artères.

« Les petits noyaux d'un jaune terne sont tous composés de corps durs, de nature minérale et crystalloïde, de 1/50e à 1/20e de millimètre de largeur, anguleux à cinq ou six plans, sans forme crystalline; cependant nettement caractérisée. Lorsqu'on les traite avec de l'acide nitrique ou chlorhydrique, on en voit partir beaucoup de bulles d'air ; ces corps alors s'arrondissent ou deviennent ovalaires, et on voit très-distinctement dans leur intérieur plusieurs couches concentriques qui font ressembler ces corps aux cellules des fécules. Il y a même de ces corps qui renferment comme une double rangée de ces couches emboîtées concentriques. Il existe la plus parfaite analogie entre ces corps et ceux que l'on rencontre dans les petites concrétions de la glande pinéale ; ce ne sont en aucune façon des cellules épithéliales, mais des espèces de corps particuliers que j'ai déjà rencontrés une fois dans les parois d'un kyste de l'ovaire, et que j'ai figurés dans ma *Physioliogie pathologique.* Je serais disposé à croire qu'il y a là une espèce de formation cellulaire emboîtée à couche concentrique, dans laquelle des sels calcaires sont ultérieurement déposés. Un autre fait me frappe, c'est la parfaite analogie qui existe entre ces petits corps microscopiques et l'aspect de la tumeur tout entière, telle qu'elle se présente à l'œil nu. On dirait qu'il y a une espèce de formation endogène de corps concentriques, qui d'un petit corps microscopique fait peu à peu une tumeur entière, et lorsqu'alors la masse principale se développe, une espèce de tissu élastique se forme dans son intérieur et sur les couches concentriques de la partie de la tumeur qui est restée élastique et molle. »

Quoique nous n'ayons trouvé à ce corps aucune trace de pédicule, la présence d'une sorte de bile autorise à penser qu'il a pu être, pendant un certain temps, en communication avec l'organisme par un prolongement membraneux et vasculaire ; mais ce n'est là qu'une pure supposition, car, lorsqu'un pédicule est arraché, il est bien rare qu'on ne trouve pas quelque indice de la prolongation des vaisseaux dans la substance même du corps appendu à un pédicule, et, ici, nous n'avons rien trouvé de semblable.

Quant à l'influence pathologique exercée par cette production singulière sur la tunique vaginale, il est extrêmement probable, surtout si la non-reproduction de l'hydrocèle se confirme, que le corps étranger a été la cause principale, sinon exclusive, de l'accumulation séreuse dans la tunique vaginale.

Ce qui a été fait dans ce cas avec une innocuité si remarquable, pourra servir de règle, à l'avenir, pour le traitement des hydrocèles dus à une cause de ce genre. Il n'y a en effet, ici, aucune de ces rai-

sons qui rendent si redoutable l'incision directe quand il s'agit d'extraire des corps étrangers renfermés dans une articulation. Nous n'avons pas besoin de dire que, comme les productions de ce genre sont quelquefois multiples, on doit, après l'incision faite, s'assurer qu'il ne reste plus dans la tunique vaginale aucun corps du même genre.

Mémoire sur le diagnostic des courbures de la colonne vertébrale en arrière; *par* M. V. Duval.

Le diagnostic des excurvations et des gibbosités est facile à établir quand ces difformités sont déjà développées à un certain degré, c'est-à-dire qu'elles sont assez apparentes pour être aperçues de tout le monde. Mais quand elles ne font que commencer, ou lorsque le travail subinflammatoire qui les précède toujours, travail sans lequel il n'y a de ramollissement ni des substances intervertébrales, ni des corps des vertèbres, n'est point accompagné de saillie vertébrale, le diagnostic alors présente plus de difficultés. Cependant, à l'aide de certains signes d'une grande valeur, il est possible au médecin habitué à voir et à traiter ces sortes d'affections, de les reconnaître dès leur début, ou de prévoir qu'elles se montreront bientôt, si on ne se hâte d'attaquer vivement l'état phlegmasique de la colonne vertébrale. Voici ces symptômes.

D'abord, une douleur dans l'épigastre, produisant la sensation d'un resserrement ou d'une constriction, et qui se fait particulièrement sentir lorsque l'estomac est vide, ou quand les sujets prennent de l'exercice, et surtout pendant la nuit. Cette douleur est quelquefois si vive, qu'elle réveille les malades en sursaut; les accès peuvent se renouveler deux ou trois fois dans une nuit, et durent d'un quart d'heure à une heure ou deux. Quelques sujets l'éprouvent dans un côté de la poitrine, dans les flancs ou dans l'hypogastre, avec la même intensité que dans l'épigastre. Chez d'autres, elle irradie de l'épigastre dans les flancs, dans l'hypogastre et même jusque sur la vessie. Quelquefois elle occupe la base de la poitrine, et détermine des spasmes douloureux qui gênent beaucoup la respiration. J'ai rencontré assez souvent des malades atteints depuis quelque temps de faiblesse des membres, de paralysie partielle ou complète, de contracture paralytique sans la plus légère apparence de courbure vertébrale; mais en examinant l'épine, on la trouvait roide et très-douloureuse quand on essayait de faire fléchir le haut du tronc en avant, ou bien si l'on exerçait une certaine pression sur les gouttières vertébrales.

Je ne connais pas de maladies autres que les courbures de la colonne vertébrale en arrière, qui soient précédées de douleurs dans un point de l'épine, accompagnées de gêne dans la respiration, de diminution dans la force des muscles du dos et des membres inférieurs, ainsi que de douleurs sympathiques dans l'épigastre, les flancs, l'hypogastre, la poitrine, etc. Ces symptômes sont toujours pour moi l'indice d'un état

subinflammatoire du corps d'un ou de plusieurs vertèbres ou de leurs moyens d'union, état subinflammatoire qui produit le ramollissement des parties subphlogosées, et la pression de la moëlle épinière et des nerfs qui en partent. C'est par l'état phlegmasique de ces parties, que peuvent s'expliquer les accidents nerveux que l'on observe alors.

La seule démarche de certains sujets m'a souvent fait diagnostiquer qu'un point de la colonne vertébrale était malade, et qu'une courbure en arrière devait bientôt se montrer. Trop souvent, malheureusement, les malades, leurs parents, ou même les médecins de la famille ne voyaient pas comme moi la nécessité d'attaquer le mal dans sa source, et négligeaient le traitement que j'avais conseillé, espérant que le temps et quelques soins rétabliraient les choses dans l'état normal. Alors, je ne les revoyais plus que lorsque la difformité était devenue tout à fait apparente.

Voici quelle est la démarche ordinaire des sujets prédisposés ainsi. Ils se tiennent le tronc roide et renversé en arrière, les bras serrés contre le corps, les omoplates rapprochées l'une de l'autre ; ils impriment si peu de mouvements à leur corps, qu'on pourrait croire de prime abord qu'ils ont l'épine ankylosée. Il y en a qui, avec cette habitude compassée, tiennent en outre le tronc incliné de côté, qu'ils soient debout, assis ou même couchés.

On rencontre souvent les mêmes signes chez les sujets atteints de courbure en arrière, surtout quand cette courbure est une gibbosité.

Les symptômes précurseurs ou concomitants d'une courbure vertébrale en arrière n'en imposeront pas au médecin exercé dans la pratique de ces maladies, surtout si le sujet est d'une constitution notablement lymphatique ou scrofuleuse ; s'il a éprouvé une maladie longue, dont la convalescence a été difficile ; s'il habite un logement bas et humide, sombre, privé de soleil ; s'il a reçu un coup, ou fait une chute sur le dos, etc., etc.

Les personnes en proie au travail subinflammatoire qui précède le développement des courbures de l'épine en arrière, ou qui sont déjà atteintes de courbures commençantes, éprouvent toujours quelques symptômes généraux, très-peu marqués, il est vrai, chez quelques-uns, surtout quand la courbure ne doit pas être accompagnée de carie ou de tubercules, etc. Ces symptômes sont des malaises, des lassitudes, de l'aversion pour l'exercice, des dérangements dans les fonctions digestives, des alternatives d'inappétence et d'appétit vorace, de constipation et de dévoiement. On remarque aussi quelquefois des troubles dans les fonctions respiratoires et circulatoires, souvent des mouvements fébriles qui se produisent principalement le soir, et se terminent par d'abondantes transpirations, surtout vers la tête, le cou et la partie supérieure de la poitrine.

Nous rapporterons ici quelques observations qui nous sont personnelles, et qui montreront combien il peut être difficile de prévoir le développement des tristes affections dont il s'agit.

Obs. I. — Le 12 août 1843, j'ai été consulté par M. Linot, menuisier à Sèvres, rue Royale, n° 85. Ce malade, âgé de de vingt-neuf ans, d'une constitution éminemment lymphatique, avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de vingt-deux ans. A cette époque, après avoir couché pendant dix mois dans un endroit bas et humide, chez M. Pluchet, cultivateur à Trappes, où il était employé pour des travaux de son état, il ressentit tout à coup le matin une très-violente douleur dans la moitié inférieure de la colonne vertébrale, douleur qui s'étendait dans les flancs et l'empêchait de se mouvoir. Pendant deux ans et demi, il lui fut impossible de travailler, à cause des souffrances qu'il éprouvait dans le milieu de la région dorsale de l'épine et dans le ventre, chaque fois qu'il voulait marcher ou incliner la colonne.

On comprend que, durant cette longue période de sa maladie, il ait dû chercher à se guérir par tous les moyens possibles. Aucun des nombreux traitements qu'on lui fit subir ne produisit de résultat, me dit-il. Ce fut au point que, ne voyant pas de mieux dans sa position, il résolut de cesser tout traitement ; ce dont il s'applaudit d'abord, car, au bout de quelques mois, il se trouva assez bien pour reprendre ses travaux, qu'il exécutait, toutefois, avec précaution; car de temps en temps il éprouvait encore de la douleur dans l'épine, lorsqu'il lui arrivait de faire des mouvements brusques. Tout allait donc assez bien en apparence, quand à l'âge de vingt-cinq ans, M. Linot s'aperçut que son dos devenait rond. Il ne pouvait plus étendre l'épine complétement. Il continua à travailler, néanmoins, sans se préoccuper beaucoup de cette modification dans son état, ne ressentant que par intervalles quelques douleurs passagères dans le dos et dans les flancs.

A vingt-huit ans, il se maria, croyant sa santé raffermie, sauf cet accident ; mais deux ou trois mois après son mariage, les douleurs du dos lui revinrent plus violentes et s'étendirent dans les côtés de la poitrine et dans les flancs. Elles étaient assez fortes pour l'éveiller plusieurs fois chaque nuit. En dix mois, l'excurvation dorso-lombaire prit un développement considérable, quoiqu'il ne travaillât que fort peu, possédant une honnête aisance qui lui permettait de bien se soigner, et d'habiter un logement sain, bien aéré, exposé au midi.

Nous allons dire comment se présentait sa difformité quand il vint me consulter à l'hôpital Saint-Antoine, le 12 août 1843.

L'épine offrait une courbure en arrière, à laquelle concouraient toutes les dorsales et les lombaires. Les apophyses épineuses des première, troisième, quatrième et cinquième vertèbres lombaires étaient très-saillantes en arrière, l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre lombaire enfoncée en avant, comme si le corps de cette vertèbre eût disparu. L'ensemble du tronc penchait fortement en avant. Vu de face, le buste paraissait comme coupé en deux par un profond sillon transversal, passant à 4 centimètres au-dessus du nombril. La poitrine, dans sa face antérieure, était plus aplatie que dans l'état normal. Les fonctions générales étaient plus ou moins altérées : la digestion se faisait mal, avec un cortége d'éructations, de douleur à l'épigastre, de chaleur dans l'œsophage, le pharynx, la bouche ; la respiration était courte, gênée ; le plus léger mouvement provoquait des palpitations très-gênantes, etc., etc.

Voici donc une excurvation vertébrale qui a été méconnue pendant près de trois ans, et qui a été traitée comme rhumatisme, d'abord par des moyens rationnels, ensuite par des remèdes empiriques, sans avantage aucun pour le malade bien entendu. Il est clair que si la véritable nature de l'affection eût été reconnue dans le principe, on aurait pu,

à l'aide d'un traitement énergique, en triompher en quelques mois. Quand nous en serons au traitement, nous rapporterons quelques observations de malades que nous avons en effet promptement guéris, bien qu'ils présentassent des symptômes très-alarmants.

Nous allons rapporter une observation d'excurvation dorsale de l'épine, dont l'apparition a été précédée pendant huit mois de phénomènes bien extraordinaires, et dont la cause cependant aurait pu être soupçonnée et même formulée avec précision ; voici le fait.

Obs. II. — Dans les premiers jours du mois de juin 1846, je fus consulté pour Aurélie Morgan, jeune fille de treize ans à peu près, de constitution lymphatique et nerveuse, demeurant à Paris, rue des Sept-Voies, n° 19. Cette enfant était atteinte d'une excurvation de la région dorsale de l'épine, qui occupait toutes les vertèbres de cette région, et dont le point le plus saillant répondait à la huitième vertèbre dorsale, distante de la ligne droite de 5 centimètres, ainsi que je m'en assurai au moyen du compas d'épaisseur de M. Mayor, en appuyant les branches de l'instrument sur les apophyses épineuses des première et deuxième vertèbres dorsales. Les parents ne s'étaient aperçu que depuis trois mois de cette excurvation, et pendant ce court laps de temps, elle avait fait, comme on le voit, de rapides progrès. Un an auparavant, sans qu'on ait pu me rendre compte des causes de cette difformité, la jeune fille avait éprouvé de violentes douleurs dans le côté droit de la poitrine, qui duraient à peu près une demi-heure, se répétaient trois ou quatre fois dans la journée, et la forçaient, pendant leur durée, à se tenir inclinée sur le côté douloureux.

Au mois de juin 1845, Aurélie devint complétement sourde ; quelques semaines plus tard, elle cessa de parler ; elle était, d'après l'expression de sa mère, sourde et muette. Ce surdo-mutisme dura deux mois, après quoi l'enfant recommença à entendre et à parler ; toutefois, depuis lors jusqu'au moment où l'on s'aperçut que le dos se voûtait, la surdité avait continué à se montrer deux ou trois fois par jour une demi-heure ou une heure chaque fois, et ensuite deux ou trois fois par semaine seulement. Quand on est venu me consulter, la malade n'était plus sourde que tous les deux ou trois jours, principalement lorsqu'on la contrariait; mais elle ressentait encore des douleurs de poitrine, qui la faisaient tenir inclinée sur le côté droit tant qu'elles duraient (1).

Quelle était la cause de cette maladie ? Je crois pouvoir l'attribuer à un séjour de deux ans que l'enfant avait eu à subir dans un rez-de-chaussée très-frais, pendant qu'elle était en apprentissage, de l'âge de 10 à 12 ans.

Obs. III. — Le 22 mai de la même année (1846), j'ai été consulté, au bureau central des hôpitaux, pour un enfant de 5 ans, nommé Adolphe de Canchy, d'une constitution lymphatique, lequel était atteint, depuis trois jours seulement, de con-

(1) Depuis que la saillie du dos avait été aperçue, les attaques de surdité avaient toujours été moins longues et moins rapprochées : cependant, le traitement que j'ai dû prescrire a eu le triple objet de combattre la difformité en elle-même, puis l'affection du sens de l'ouïe, enfin les douleurs qui se montraient encore par intervalle dans le côté droit de la poitrine, d'où elles irradiaient vers l'épigastre et vers les flancs, étant accompagnées d'un besoin impérieux de manger.

tractures paralytiques des quatre membres avec flexion très-douloureuse des doigts et des orteils. Sa mère attribuait cette maladie à des accès de toux qu'il éprouvait depuis une quinzaine de jours, et qu'elle regardait comme un commencement de coqueluche. J'examinai la colonne vertébrale : je trouvai les quatre ou cinq vertèbres dorsales moyennes légèrement déviées en arrière et sensibles au toucher. L'enfant ne pouvait ployer le buste en avant sans éprouver de violentes douleurs vers le point que je venais de reconnaître. Au bout de quinze jours de l'emploi d'un traitement énergique, j'eus la satisfaction de voir disparaître les contractures paralytiques des membres, les quintes de toux, la douleur et la roideur de l'épine, enfin le commencement d'excurvation.

Cette maladie avait beaucoup effrayé les parents, et à juste titre; car si la cause, qui, selon moi, consistait dans un état subinflammatoire des substances intervertébrales et des ligaments vertébraux du point douloureux de l'épine, n'eût pas été reconnue tout de suite, l'enfant aurait été bossu ; et, en outre, les accidents nerveux pouvaient devenir permanents. La constitution du sujet, le logement bas et humide qu'il habitait depuis sa naissance, dans une rue étroite, où le soleil ne pénètre presque jamais, étaient bien évidemment la cause déterminante de la subinflammation dorsale, et n'eussent pas manqué de l'aggraver. La belle saison, qui a permis de promener une partie du jour l'enfant à l'air libre et au soleil, a beaucoup aidé le traitement.

Obs. IV. — Le 3 octobre 1846, j'ai été consulté, à l'hôpital Saint-Antoine, pour Constant Pécheux, âgé de 2 ans 1/2, demeurant rue de Charenton, n° 87. Cet enfant avait eu toutes ses dents à 18 mois, sans avoir été tourmenté d'une manière notable pendant leur sortie ; mais, à 20 mois, après une gastro-entéro-céphalite, accompagnée de convulsions, il commença à ressentir dans le ventre des douleurs qui le prenaient par accès de plusieurs minutes, et lui faisaient pousser des cris déchirants. Pendant ces angoisses, son visage devenait violet, et tout son corps se couvrait de sueur. La nuit, ces douleurs l'éveillaient à plusieurs reprises ; il avait peur du moindre mouvement ; il pleurait et criait à la plus légère secousse. Cet état s'est prolongé pendant plus d'un an. Puis, le petit malade a cessé de pouvoir marcher seul. Son état général, comme on peut le concevoir, s'est complétement détérioré. Il y avait trois semaines que sa mère s'était aperçue qu'il devenait *bossu*, lorsqu'elle me l'a amené. Depuis ce mauvais dénoûment de l'affection, il recommençait à marcher seul, mais avec beaucoup de précautions, les bras portés derrière son corps, la tête renversée en arrière, le haut du tronc porté en avant, le bassin en arrière, et les cuisses au tiers fléchies sur les jambes, devenues douloureuses. La difformité, au dire de la mère, avait fait des progrès rapides en ce court espace de trois semaines. Voici comment je la trouvai.

La courbure en arrière de la colonne vertébrale était formée par huit vertèbres, les quatre dernières dorsales et les quatre premières lombaires. Les deux vertèbres les plus saillantes étaient la douzième dorsale et la première lombaire, lesquelles formaient une saillie en arrière de 3 centimètres. Les muscles des gouttières vertébrales correspondantes à l'excurvation étaient très-sensibles à la pression.

On voit encore ici une excurvation vertébrale méconnue pendant plus d'une année, qui a eu pour cause une maladie aiguë, laquelle a détérioré la constitution et l'a rendue lymphatique, c'est-à-dire tout à fait propre au développement de la subinflammation des tissus blancs des articulations.

Obs. V. — J'ai été consulté en 1842 pour Mlle L...., âgée de 14 ans, ayant la constitution éminemment lymphatique. A 7 ans, elle avait eu la rougeole, suivie d'une coqueluche qui l'avait tourmentée pendant plus de six mois. Depuis lors, tous les hivers, elle éprouvait des maux d'yeux et d'oreilles, des engorgements des ganglions lymphatiques du cou, etc. La belle saison, aidée du séjour à la campagne et d'un mois de bains de mer chaque année, mettait temporairement fin à ces affections, qui se reproduisaient ensuite au mois de novembre ou de décembre.

En 1840, à l'âge de 12 ans, Mlle L... atteinte, depuis quelques jours, d'un catarrhe pulmonaire, en rentrant chez elle de retour d'une course assez longue, fut prise d'un violent frisson. La fièvre suivit et, quelques heures après, un point de côté se manifesta. Le lendemain, la malade crachait le sang avec abondance ; elle avait une pneumonie très-grave qui, cependant, se termina assez bien pour faire croire à un rétablissement prompt et heureux. Mais, au lieu de cette issue présumable, il arriva que, dans les premiers jours de sa convalescence, Mlle L... eut une violente attaque de nerfs qui dura plus de deux heures. Le lendemain, il en vint trois nouvelles qui furent moins longues que la première, mais tout aussi intenses et aussi affligeantes pour la famille. Durant cinq mois, ces attaques, qui furent regardées comme étant de nature hystérique, se renouvelèrent presque journellement, et souvent à plusieurs reprises dans un même jour. Enfin, elles cessèrent après avoir été combattues par des traitements divers. Des douleurs dans les lombes et dans les hypocondres les remplacèrent. Ces douleurs se montraient par accès, qui revenaient ordinairement quatre ou cinq fois pendant le jour, et une ou deux fois pendant la nuit. Elles étaient quelquefois si violentes qu'elles excitaient, au moindre besoin, l'émission involontaire des urines et des matières fécales. Dans la violence de ces accès, le visage de la malade devenait pourpre, violet, la souffrance faisant qu'elle n'osait presque pas respirer. Ces affreuses douleurs, qui ont tourmenté la patiente pendant près d'un an, se déclaraient le plus souvent le matin et le soir, et cela au moindre mouvement qu'elle faisait dans son lit ; je dis dans son lit, car elle a été plus de dix mois sans pouvoir se lever. On se figure combien, pendant cette année d'angoisse, de moyens curatifs ont dû être employés. Une consultation de médecins qui avait eu lieu dans les premiers temps de cette maladie avait, pour ainsi dire, déterminé la route que l'on devait suivre pour le traitement ; on avait pensé, se fondant sur les apparences extérieures, le développement des seins, etc., que ces douleurs disparaîtraient si la menstruation s'établissait. Or, tous les moyens médicinaux furent inutiles : les règles ne vinrent pas.

Un jour, dix ou douze mois après l'invasion de la maladie, Mme L..., en retirant sa fille du bain, s'aperçut qu'elle avait comme un nœud dans la partie inférieure de la région dorsale. Cette découverte fut aussitôt signalée au médecin, et lui fit donner une autre direction à son traitement. Un grand nombre de vésicatoires, et plus tard des cautères, furent appliqués sur les côtés de la saillie angulaire de l'épine, formée par la douzième vertèbre dorsale. Ce traitement externe, aidé de moyens internes plus appropriés à la nature de la maladie, amenèrent du soulagement dans l'état de la malade, qui n'éprouva plus aussi fréquemment les crises dont, au reste, la durée et l'intensité étaient devenues beaucoup moindres. Les choses en étaient là, lorsque, au mois d'avril 1842, me trouvant à Rouen, je fus appelé pour voir la jeune malade. Je vais décrire l'état dans lequel je la trouvai.

Les douleurs, comme je viens de le dire, avaient beaucoup diminué ; elles ne

se montraient plus que lorsque la jeune personne imprimait des mouvements à la partie inférieure du tronc, ce qui arrivait, disait-elle, plutôt la nuit que le jour, à cause des rêves qui l'éveillaient souvent en sursaut. La malade ne pouvait se tenir debout, ayant les membres inférieurs frappés de paralysie partielle. La saillie vertébrale était forte de 4 ou 5 centimètres, et les trois vertèbres dorsales, onzième, dixième et neuvième, placées au-dessus de la saillie formée par la douzième, étaient aussi déviées en arrière, ainsi que les trois premières vertèbres lombaires. Il résultait de la projection ainsi décrite de ces sept vertèbres une gibbosité assez étendue qui chagrinait beaucoup les parents ; et ce fut principalement pour cette difformité que je fus appelé.

Je commençai par faire coucher la malade sur le ventre ; posture très-importante dans ces sortes de difformités, mais qu'elle ne put d'abord supporter plus de quelques heures dans la journée, à condition encore de placer un oreiller sur l'endroit du lit qui répondait à l'abdomen. Après une semaine ou deux cependant, le buste qui était incliné en avant se redressa, et la position indiquée put être conservée pendant le jour et la plus grande partie de la nuit. Je fis faire, dans les premiers huit jours, deux applications de sangsues sur les côtés de la saillie angulaire.

Pendant six semaines, je fis, toutes les nuits, recouvrir la gibbosité d'un large cataplasme de farine de graine de lin, délayée avec une décoction de ciguë et de jusquiame. Le matin, et dans le milieu du jour, on pratiquait des frictions avec une pommade composée de protoiodure de plomb, d'extrait de jusquiame, de camphre et d'axonge. A l'intérieur, j'indiquai un traitement antiscrofuleux, approprié aux organes digestifs qui étaient en de fort mauvaises conditions. Au bout de six semaines, il s'était opéré une grande amélioration dans l'état de Mlle L... : les souffrances qui l'avaient si horriblement martyrisée n'existaient presque plus ; elle eût, nous disait-elle, essayé de marcher, sans la crainte qu'elle avait que *son dos ne se rompît*. Cependant, les mouvements un peu brusques exercés dans la colonne vertébrale étaient encore accompagnés de douleurs assez vives. Je conseillai alors de pratiquer des cautérisations avec un petit cylindre en verre, trempé dans l'acide sulfurique concentré. On traça ainsi trois raies larges de 2 ou 3 centimètres et longues de 18 ou 20, sur les gouttières vertébrales de la portion de l'épine courbée. Après quatre mois du traitement que je conseillai, la gibbosité dorso-lombaire avait presque disparu ; il ne restait plus que le *nœud* saillant tout au plus de 2 centimètres. La malade pouvait marcher facilement, n'éprouvant qu'un peu de roideur dans le bas de l'épine. La menstruation s'était développée vers cette époque, et a toujours été régulière depuis. Quatre ans après, quand je la revis, en 1846, Mlle L... était une des plus belles femmes de Rouen, et personne ne se fût douté qu'elle avait pu éprouver des accidents si prolongés et si graves.

Je suis convaincu que les attaques hystériques et les douleurs lombo-abdominales s'étaient développées pendant le travail subinflammatoire qui avait précédé la courbure angulaire de l'épine. Si l'on eût tout d'abord fait attention à la colonne vertébrale, on fût promptement arrivé à éteindre tous ces symptômes, et la saillie angulaire n'aurait point existé.

Cette observation offre un grand intérêt, en nous montrant combien de maux peut occasionner la subinflammation d'un point de l'épine dorsale, surtout quand elle est méconnue dans son principe. Ici, la sub-

inflammation dorso-lombaire avait été bien évidemment déterminée par la pneumonie aiguë. Cette maladie avait détérioré une constitution depuis longtemps lymphatique, conséquemment très-disposée aux inflammations des tissus blancs, lymphatiques, fibreux, osseux, etc. Je conviens volontiers que les attaques d'hystérie aient pu en imposer aux médecins qui avaient d'abord traité la malade ; mais les douleurs lombaires et abdominales auraient certainement attiré vers l'épine l'attention d'un praticien habitué à traiter les difformités vertébrales.

REVUE CRITIQUE.

Médecine.

SUR LES CRISES ET LES JOURS CRITIQUES ; *par le Dr* TRAUBE.

S'il y a quelque chose qui frappe d'étonnement dans l'étude de la médecine, c'est l'incertitude qui règne encore actuellement sur la question des crises. Serait-il vrai qu'Hippocrate, et après lui tous ses disciples dans l'antiquité et dans l'âge moderne, se seraient trompés sur un fait de cette importance? Ou bien seraient-ce les observateurs contemporains, si fiers de leur méthode, qui, tout préoccupés de détails beaucoup plus minutieux, auraient laissé échapper presque volontairement une vérité découverte avant eux? Sans vouloir porter un jugement peut-être encore prématuré, nous disons que pour nous la présomption est au moins du côté d'Hippocrate. La grande et belle étude de la marche naturelle des maladies a trop été oubliée de nos jours; quelques travaux partiels ont montré pourtant le bénéfice qu'on en pourrait retirer, et il serait temps à notre avis d'y revenir. M. Traube, médecin à l'hôpital de la Charité de Berlin, s'est livré à des recherches de ce genre sur un assez bon nombre de malades ; ses observations, prises avec soin, sont au nombre de cinquante-deux. Il s'est attaché à un seul élément de la fièvre, la chaleur, qui, du reste, pour les anciens en constituait l'élément essentiel, et qui pour M. Traube en est encore le phénomène le plus réellement constant. Ceci posé, sur chacun de ses cinquante-deux malades, le praticien de Berlin a pris soin de mesurer la température lors de l'entrée à l'hôpital ou peu après ; puis il la mesurait deux fois par jour, dans la période de rémission et dans celle d'exacerbation ; et le plus souvent l'observation était poursuivie un certain temps après la cessation de la fièvre, huit jours, par exemple. En même temps les autres phénomènes étaient notés chaque fois avec le plus grand soin.

Voyons maintenant à quelles conclusions il a été conduit, et les principaux faits sur lesquels sont appuyées ces conclusions. Nous noterons que la température a été appréciée au thermomètre centigrade.

I. — *Le passage de l'élévation anormale de température à la température normale peut avoir lieu subitement ou graduellement. La température tombe rapidement, dans l'espace de 12 à 36 heures, ou bien elle tombe lentement, de façon qu'il faut plusieurs jours avant qu'elle ne présente plus d'élévation.*

1° *Pleuro-pneumonie à droite et péricardite chez un jeune homme de 18 ans. Entrée dans la période d'exacerbation du 6e jour.*

Jour de la maladie.	Pér. d'exacerbation. Fréquence du pouls.	Température.	Pér. de rémission. Fréquence du pouls.	Température.
6	120	39°,9	120	40°,5
7	116	39°,975	58	37°,525
8	52	37°,75	40	36°,6
9	38	36°,75	40	36°,95

Dans ce cas, on voit la température tomber de 2°,4 en 17 heures de temps, dans le courant du 7e jour.

2° *Cas de pleuro-pneumonie chez un jeune homme de 21 ans. Entrée dans la période d'exacerbation du 3e jour.*

Jour de la maladie.	Pér. de rémission. Fréquence du pouls.	Température.	Pér. d'exacerbation. Fréquence du pouls.	Température.
5	—	—	116	40°,6
6	104	40°,1	116	40°,675
7	118	40°,6	120	—
8	76	37°,3	80	37°,35

Dans ce cas, un intervalle de 24 heures, de la période de rémission du 7e jour à celle du 8e, vit tomber la température de 3°,3.

3° *Cas de pleuro-pneumonie chez un homme de 40 ans. Entrée dans la période d'exacerbation du 3e jour.*

Jour de la maladie.	Pér. d'exacerbation. Fréquence du pouls.	Température.	Pér. de rémission. Fréquence du pouls.	Température.
3	104	40°,8	91	40°,6
4	99	40°,75	92	40°,5
5	97	40°,6	80	38°,7
6	72	37°,75	56	37°,1

Ici, la température tomba dans l'espace de 24 heures (de la période d'exacerbation du 5e jour à celle du 6e), de près de 3°. La diminution avait déjà commencé dans le courant du 5e jour.

4° *Cas léger de typhus abdominal chez un jeune homme de 17 ans. Entrée dans la période de rémission du 4e jour. Traitement purement expectant.*

Jour de la maladie.	Pér. de rémission. Fréquence du pouls.	Température.	Pér. d'exacerbation. Fréquence du pouls.	Température.
4	100	39°,6	100	40°,1
5	96	39°,8	96	40°,6
6	96	39°,85	104	40°,8
7	96	39°,4	100	40°,5
8	100	39°,25	100	40°,05
9	92	39°,4	92	40°,1
10	96	39°,8	96	40°,1
11	92	38°,2	92	39°,1
12	84	38°,45	92	29°,95
13	92	38°,45	96	39°,8
14	88	37°,9	92	39°
15	88	37°,4	88	39°,125
16	84	37°,65	74	39°,3
17	84	37°,5	96	39°
18	80	37°,5	68	37°,6
19	76	36°,9	60	36°,9
20	72	37°,1	—	—

Dans ce cas, la température anormale cessa à la fin du 17e jour. Si nous comparons celle du 6e jour, où la fièvre était à son plus haut degré, à celle du 17e où elle cessa, nous trouvons qu'elle avait baissé insensiblement seulement de 2°,35 dans la péroide de rémission, et de 1°,8 dans celle d'exacerbation. On remarquera aussi l'abaissement frappant de la température les 7e, 11e et 14e jours ; ce fait sera encore rappelé plus tard.

II. — *L'abaissement rapide de la température, qui conduit à la guérison, est très-souvent accompagné d'une forte transpiration, moins fréquemment d'une tendance frappante de l'urine au dépôt d'urates. Quelquefois on rencontre des cas où l'un ou l'autre phénomène ne se manifeste évidemment qu'après la disparition de l'élévation anormale de température. Enfin, il y a des cas où aucun de ces deux phénomènes ne peut être contatés.*

La tendance de l'urine au dépôt d'urates est annoncée dans un certain nombre

de cas par un sédiment qui se forme spontanément, dans d'autres par le précipité considérable que déterminent dans une urine parfaitement claire, une ou deux gouttes d'acide acétique. Ce dernier phénomène paraît se montrer plus fréquemment que le premier. Dans un grand nombre de cas, l'urine a été examinée tous les jours dans la période de rémission et dans celle d'exacerbation ; dans certains d'entre eux, cette tendance de l'urine se montre dès le début de la maladie ; cependant, dans le plus grand nombre, elle n'apparaît qu'à l'époque indiquée précédemment, c'est-à-dire aux environs du moment où survient le rapide abaissement de la température. De même la tendance aux transpirations apparaît dès le début dans certains cas de maladies fébriles aiguës, tandis que, dans d'autres cas plus nombreux, elle se manifeste seulement vers l'époque où la température commence à tomber rapidement. Voici entre autres un cas où une abondante transpiration et la tendance de l'urine au dépôt d'urates se montrèrent d'une manière décidée seulement après la disparition subite de l'élévation de température.

Il s'agit d'une dyssenterie chez un jeune homme de 22 ans. Entrée dans la période d'exacerbation du 8e jour. Traitement : trois fois par jour une cuillerée à bouche d'huile de ricin.

	Pér. d'exacerbation.		Pér. de rémission.	
Jour de la maladie.	Fréquence du pouls.	Température.	Fréquence du pouls.	Température.
8	84	39°,85	76	38°,95
9	88	40°,2	74	37°,375
10	64	—	58	37°,7
11	56	37°,4	56	37°,52
12	48	37°,275	52	—

L'abaissement subit de la température eut lieu dans le courant du neuvième jour ; et à la fin de ce jour seulement, après que la température fut tombée dans le courant de la nuit de 40°,2 à 37°,375, la peau, jusqu'alors sèche, se couvrit de transpiration, et l'urine, restée claire jusqu'alors, laissa déposer spontanément une forte proportion d'urates.

III. — *Avec l'abaissement rapide de la température qui annonce la guérison, se montre presque toujours aussi une diminution aussi rapide que frappante dans la fréquence du pouls.*

La diminution de fréquence du pouls peut être la suite de l'emploi de fortes doses de digitale, ou d'une affection du cerveau avec extension à la moelle allongée. En dehors de ces cas, elle n'a *jamais* lieu sans abaissement remarquable de la température. Dans la plupart des cas de maladies fébriles aiguës, une diminution rapide et frappante de la fréquence du pouls peut donc faire conclure à une diminution correspondante de la température. Cette observation permet de profiter, pour élucider les questions suivantes, d'un certain nombre de cas dans lesquels la température n'a pas été mesurée.

IV. — *L'abaissement subit de la température qui annonce la guérison, peut se montrer avant que l'inflammation qu'accompagne l'élévation de la température ait cessé de s'étendre.*

Un bel exemple de cette proposition est fourni par un érysipèle de la face, survenu chez un homme de 33 ans, fort et musculeux.

	Pér. de rémission.			Pér. d'exacerbation.		
Jour de la mal.	Fréquence de la respir.	Fréquence du pouls	Températ.	Fréquence de la respir.	Fréquence du pouls.	Températ.
3	—	—	—	34	107	39°,9
4	28	79	38°,25	22	90	39°,9
5	18	65	37°,15	26	80	38°,7
6	28	66	37°,2	21	64	37°,35
7	18	59	36°,7	—	52	37°,2

A la fin du quatrième jour, la fièvre était encore à sa période d'état ; l'abais-

sement de la température survint au commencement du cinquième jour et dura vingt-quatre heures. Comment se comporta pendant ce temps l'affection locale? A la fin du troisième jour, l'érysipèle occupait le côté gauche du visage et du front. Pendant la période de rémission du quatrième jour, il s'étendit vers l'oreille gauche; le lobule, encore intact la veille au soir, offrait une coloration d'un rouge vif, il était fortement gonflé et très-sensible à la pression. Le soir du quatrième jour, la maladie n'avait fait aucun progrès; mais le cinquième jour, au matin, indépendamment des lésions décrites du côté gauche, il y avait aussi un gonflement et une rougeur très-marqués de la joue droite; le seul changement du côté gauche, c'est que les parties gonflées étaient un peu moins dures au toucher et couvertes d'une foule de petites phlyctènes. Ainsi, *dans la même nuit*, la température et la fréquence du pouls étaient tombées d'une manière très-marquée, tandis que l'affection locale s'était considérablement étendue.

V. — *Dans les maladies aiguës de longue durée, où la température anormale diminue petit à petit, le type de la fièvre prend souvent, vers la fin, les caractères de celui de la fièvre hectique; la température de la période de rémission se rapproche beaucoup de la température normale ou tombe même au-dessous, tandis que celle de la période d'exacerbation s'élève au-dessus d'une quantité très-sensible.*

On trouve déjà un fait à l'appui de cette proposition dans un cas cité précédemment. Là, aux 15e, 16e et 17e jours, on voit déjà une température normale dans la période de rémission, tandis que dans celle d'exacerbation, elle était de plus de 1°,5 plus élevée.

Ce phénomène se montre peut-être d'une manière plus frappante encore dans le cas suivant de typhus abdominal, chez une jeune fille de 15 ans, admise le 14e jour de la maladie.

Jour de la maladie.	Pér. de rémission. Fréquence du pouls.	Température.	Pér. d'exacerbation. Fréquence du pouls.	Température.
14	108	40°,6	104	40°,45
15	100	39°,6	100	40°,9
16	104	39°,5	100	40°,3
17	104	40°	104	40°,3
18	104	39°,9	104	40°,5
19	96	39°,4	112	40°,4
20	100	38°,95	96	39°,9
21	92	39°,925	104	40°,3
22	100	40°,075	104	40°,45
23	88	38°,4	92	39°,1
24	84	36°,7	100	39°,55
25	84	36°,875	92	39°,35
26	76	36°,95	108	40°,2
27	80	37°,3	96	40°,5
28	76	37°,4	88	39°,4
29	76	37°,5	84	38°,75
30	68	35°,975	76	38°,35
31	76	36°,55	84	38°,35
32	72	36°,875	88	37°,95
33	76	36°,875	78	37°,65
34	76	37°,2	80	38°,05
35	84	37°,45	76	36°,725
36	80	37°,175	72	37°,45
37	80	37°,15	76	37°,35

Le traitement fut en général expectant; seulement, les 19e, 20e et 28e jours, dans la période d'exacerbation, après que la température eut été mesurée, le malade fut enveloppé dans un drap trempé dans l'eau froide. La fièvre cessa le 34e jour, car la période d'exacerbation de ce jour amena pour la dernière fois une température anormale.

Ce tableau nous offre de plus les conséquences suivantes :

1° Une rémission remarquable eut lieu le 20e et le 23e jour;

2° Du 24e au 28e jour se montra une différence énorme entre la température de la période de rémission et celle de la période d'exacerbation; du 14e au 23e jour le minimum de cette différence fut de 0°,15, le maximum de 1°,3; du 24e au 28e, le minimum fut de 2°, le maximum de 3°,25;

3° Du 24e au 28e jour, la moyenne de la température de la période de rémission

fut de 0°,6 moindre que la température normale (celle-ci étant admise égale en moyenne à 37°,6) ; au contraire, la moyenne de la température de la période d'exacerbation fut plus élevée de 2°,3 ;

4° Du 29e au 34e jour la température de la période de rémission resta en moyenne inférieure à la température normale ; au contraire celle de la période d'exacerbation diminua considérablement, de sorte que la différence entre les deux n'atteignit plus même le minimum indiqué précédemment.

Cette proposition a une utilité thérapeutique immédiate : elle nous indique l'époque où, dans les maladies aiguës de longue durée, il convient le mieux de commencer à nourrir le malade. M. Traube croit avec Chossat (*Recherches sur l'inanition*) qu'un certain nombre de malades meurent de faim, surtout dans le typhus abdominal. Il a vu dans un grand hôpital mourir beaucoup de malades, chez lesquels il ne trouva rien qui pût expliquer la mort : les ulcères intestinaux étaient en voie de cicatrisation ; la rate était réduite à un petit volume; les ganglions mésentériques étaient affaissés et piquetés de noir ; nulle part une lésion de date récente ; il n'y avait de frappant qu'un amaigrissement excessif.

VI. — *L'abaissement rapide de température qui annonce la guérison, lorsqu'il survient avant le* 14e *jour, comme c'est généralement le cas, se manifeste toujours soit le* 3e, *soit le* 5e, *soit le* 7e, *soit le* 9e, *soit le* 11e *jour.*

Sur les 52 cas observés, l'abaissement subit se montra dans 30 cas. Dans deux de ceux-ci le début de la maladie ne put être fixé avec certitude; dans un troisième la température commença à tomber le 17e jour ; dans les 27 autres, tout se passa conformément à la loi qui vient d'être énoncée.

A l'exemple de Galien et de tous les anciens, M. Traube ne compte comme jour de maladie qu'une période de 24 heures. Dans tous ces 27 cas, le début de la maladie s'était manifesté tout à coup, le plus souvent par un frisson. Voici le tableau de ces cas :

Maladies.	Nombre des cas.	Jour auq. eut lieu l'abaissement subit de températ.
Pleuro-pneumonie	18	1 fois le 3e j. ; 7 fois le 5e ; 8 fois le 7e ; 1 fois le 9e ;
Pleuro-pneumonie et péricardite..	1	le 7e jour.
Glossite.........	1	le 5e jour.
Erysipèle.......	2	1 fois le 5e j. ; et 1 f. le 7e j.
Dyssenterie.....	1	le 9e jour.
Rougeole.......	2	1 fois le 3e j., et 1 fois le 7e.
Fièvre rhumatismale.........	2	1 fois le 3e, et 1 f. le 11e j.

Dans la plupart des cas, le commencement de l'abaissement de température eut lieu d'une manière décidée entre les limites du jour impair ; dans 4 cas il se montra vers la limite entre ce jour et le jour pair; dans aucun il n'eut lieu entre les limites de ce dernier.

On a vu dans ce qui précède (proposition III) qu'un abaissement subit de la fréquence du pouls peut faire conclure à un abaissement correspondant de la température, à moins que l'on n'ait employé la digitale à haute dose, ou que le cerveau ne soit malade. Cette remarque a permis à M. Traube d'utiliser, pour prouver la proposition précédente, 47 cas de pleuro-pneumonie, observés avant qu'il eût songé à mesurer la température. Dans ces cas, tous les phénomènes, à l'exception de celle-ci, ont été notés avec le plus grand soin dans les périodes d'exacerbation et de rémission. De ces 47 cas, 15 ne peuvent être invoqués, soit parce que le début de la maladie n'a pu être exactement fixé, soit parce que la diminution des symptômes fébriles s'est opérée graduellement.

Voici le tableau des 32 autres cas :

Nombre des cas.	Jour où survint une diminution subite et considérable du nombre des pulsations.
2	le 3me jour
8	« 5me »
13	» 7me »
6	» 9me »
2	» 11me »
1	» 6me jour.
—	
32 cas.	

Ainsi, sur ces 32 cas, un seul nous montre l'abaissement de la température commençant dans les limites d'un jour pair; encore peut-on se demander s'il n'y avait pas erreur dans les renseignements fournis par le malade. Dans tous les autres, la diminution s'annonça entre les limites du jour impair.

(*Deutsche Klinik*, et *Journ. de méd. de Bruxelles.*)

NOTE SUR LA PRÉSENCE HABITUELLE DU *sucre dans l'urine des vieillards; lue à l'Académie de médecine de Belgique;* par M. DECHAMBRE.

L'étude des excrétions et plus particulièrement de l'urine joue un grand rôle dans la médecine moderne; mais quelles que soient les conséquences qu'on en tire, il faut au moins être certain que la présence de certains principes anormaux dans les liquides sécrétés est bien un état pathologique, et ne peut pas se rencontrer à l'état normal. Cette question semble jugée pour la présence du sucre dans l'urine par les expériences suivantes, qu'on lira avec intérêt.

On sait que M. Cl. Bernard a démontré la production physiologique du sucre dans le foie. Que devient cependant le sucre ainsi formé? C'est sur quoi l'on est bien loin d'être d'accord; M. Alvaro Reynoso (voir *Revue médico-chir.*, t. X, p. 313), pense qu'il est détruit par la combustion pulmonaire, mais que si la respiration est gênée, il passe en nature dans les urines.

M. Dechambre est parti de là; il s'est demandé, si, l'insuffisance de l'hématose déterminant la glucosurie, on ne devait pas rencontrer du sucre dans l'urine des vieillards. « Je me rappelais, dit-il, ces dispositions de l'appareil respiratoire observées par Hourmann et moi chez les vieilles femmes de la Salpêtrière, et que nous avons longuement décrites dans les *Archives générales de médecine* (1835); je me rappelais cette dépression latérale du thorax, cette projection du sternum en avant, cette roideur des articulations costo-vertébrales, cette dureté ou cette ossification des appendices cartilagineux, le parenchyme pulmonaire raréfié, les parois celluleuses amincies ou rompues, les vaisseaux capillaires oblitérés. A moins que, pour une raison ou pour une autre, le sang des vieillards ne contînt pas de sucre ou n'en contînt que très-peu, de telles conditions étaient, dans la théorie de M. Reynoso, on ne peut plus favorables à la production de la glucosurie. En vue de vérifier cette conjecture, nous fîmes les expériences suivantes :

« Exp. I. — Nous choisîmes d'abord, à l'hospice de la Salpêtrière, une femme âgée de 81 ans, tombée dans le dernier degré de décrépitude. Nous nous assurâmes qu'elle était exempte de toux habituelle ou d'étouffement, et ne portait actuellement aucun signe, physique ou symptomatologique, d'affection pulmonaire ou cardiaque, ou de toute autre maladie capable de gêner la respiration; de telle sorte que l'insuffisance de combustion, si elle avait lieu, ne pût être attribuée qu'à l'état du poumon engendré par la sénilité. L'urine de cette femme, recueillie le matin à la dose de 100 grammes environ, fut d'abord traitée par le sous-acétate de plomb, pour en séparer l'acide urique et autre matières organiques précipitables, puis placée sur un filtre. La liqueur filtrée fut débarrassée du sel de plomb qu'elle avait pu retenir au moyen du carbonate de soude, et filtrée de nouveau. Nous versâmes enfin la liqueur saccharimétrique (cuprico-potassique) de M. Barreswil, et

nous obtînmes, après une minute d'ébullition, un précipité rougeâtre très-abondant (protoxyde de cuivre).

« Exp. II. — La même expérience fut faite sur les urines de cinq femmes âgées de 68 à 81 ans, couchées dans les salles de chirurgie de la Salpêtrière, l'une pour un abcès au bras, une autre pour des douleurs rhumatismales, la troisième pour une affection chronique de la peau, les deux dernières pour des contusions. Toutes jouissaient, du reste, d'une bonne santé. L'urine de chacune de ces cinq femmes, également recueillie le matin, donna un précipité très-caractéristique.

« Exp. III. — Pour rencontrer plus facilement des vieillards exempts d'affections du cœur ou des poumons, nous nous fîmes autoriser à recueillir de l'urine hors de l'infirmerie, c'est-à-dire, dans les dortoirs. Nous choisîmes, le même jour, huit femmes qui nous paraissaient offrir les conditions requises et âgées de plus de 70 ans, une seule exceptée qui n'avait que 63 ans, mais était déjà fort décrépite. Deux ne donnèrent qu'un léger nuage jaunâtre peu significatif, six, un véritable précipité rougeâtre.

« Exp. IV. — Voulant savoir si la glucosurie était constante chez ces femmes, ou seulement passagère, au bout d'une semaine nous prîmes une seconde fois de l'urine de sept d'entre elles, y compris les six glucosuriques ; chez deux, il n'y eut pas trace du nuage jaunâtre, chez deux autres, le nuage fut peu apparent ; chez les trois dernières, il y eut précipité.

« Les résultats obtenus jusque-là ne laissent guère d'incertitude, et M. Pelouze, ayant eu occasion de voir quelques-unes des liqueurs essayées dont il ignorait la nature, n'hésita pas, sur le vu du précipité, à déclarer qu'elles contenaient du sucre. Néanmoins la fermentation nous offrait un moyen de vérification plus décisif encore ; nous y eûmes recours.

« Exp. V. — Les urines de quatre femmes, âgées de 70 à 92 ans, furent réunies, après avoir constaté, sur échantillons, qu'elles donnaient un précipité rougeâtre par la liqueur de Barreswil. Elles occupaient un tiers de litre environ. D'abord traitées par l'acétate de plomb et le carbonate de soude, comme dans les expériences précédentes, elles furent réduites par évaporation à deux ou trois cuillerées à bouche, puis mises en contact avec la levure de bière, dans une cornue de verre dont le goulot s'adaptait à un petit récipient. Nous n'avons pris aucune disposition pour recueillir l'acide carbonique, la formation d'alcool pouvant suffire pour attester la présence du sucre. La distillation à feu doux amena bientôt dans ce récipient un gramme environ d'un liquide incolore. Le récipient fut alors enlevé et chauffé légèrement pendant qu'on présentait à l'orifice une allumette enflammée. Une flamme bleuâtre courut dans toute la longueur du goulot, laissant après elle une odeur non équivoque d'alcool.

« Exp. VI. — La même expérience fut faite quelques jours après sur les urines de six femmes, âgées aussi de plus de 70 ans. La liqueur totale occupait deux tiers de litre ; elle fut réduite par évaporation à quatre ou cinq cuillerées à bouche. Cette fois, avec le premier produit de la distillation, n'équivalant pas à plus de 3 grammes, on put obtenir une flamme bleuâtre qui ne cessa de couronner le goulot du récipient pendant huit ou dix secondes, et laissa une véritable odeur de punch.

« La fermentation alcoolique a donc été évidente ; partant les urines expérimentées contenaient une quantité notable de principe sucré. »

Ces résultats établissent-ils sûrement que l'existence de la glucosurie chez les vieillards tient à la combustion insuffisante du sucre normal dans le poumon, comme le veut M. Reynoso ? Assurément le succès d'une expérience inspirée par une vue inductive parle fortement en

faveur de l'induction elle-même. Toutefois, comme le fait de la glucosurie des vieillards est susceptible de se prêter à plus d'une explication, comme il serait possible, par exemple, que le sucre ne passât dans les urines que parce qu'il ne trouverait pas son emploi normal dans les sécrétions. M. Dechambre s'abstient de tirer quant à présent aucune déduction théorique, et il se borne à exprimer purement et simplement cette conséquence de fait :

Il existe habituellement du sucre dans l'urine des vieillards.

(*Le Scalpel.*)

DE LA VACCINATION, COMME MOYEN CURATIF DES CROUTES LAITEUSES ; *par* M. SARTI.

Le mot de *croûtes laiteuses* paraîtra sans doute bien vulgaire à ces dermatologues d'une certaine Ecole, qui, tout absorbés dans la contemplation des accidents de forme les plus minutieux, tout occupés à diviser et à subdiviser, réduiraient volontiers la pathologie des affections cutanées à une pure affaire de classification. La précision du diagnostic est une excellente chose, sans doute ; mais encore ne faut-il pas en abuser, surtout quand l'abus ne mène à aucun résultat utile ; et, pour les médecins qui recherchent avant tout le côté pratique des choses, les *gourmes* et les *croûtes laiteuses* se comprennent à merveille, et beaucoup mieux assurément que les dénominations systématiques par lesquelles on a voulu vainement les remplacer.

Tous ceux qui ont attaché leur nom à la propagation de la vaccine, Jenner, Sacco, M. Husson, Griva, Chevalley, de Rivaz, Menicucci, Noli, Parola, Vasi, Berthollet, Perey, Halley, etc., ne manquèrent pas de signaler l'action curative de la vaccine sur les croûtes lymphatiques ou laiteuses. Mais ces faits peu nombreux avaient besoin d'être vérifiés sur une grande échelle, et c'est ce qui vient d'être fait, avec grand succès, par un médecin italien, M. le docteur Sarti, chargé, depuis dix-huit ans, de vaccinations dans les Marches, et qui évalue à près de 4,000 les vaccinations qu'il a pratiquées dans cet intervalle.

Parmi les individus qu'il a vaccinés enfants, la plupart étaient affectés de croûtes laiteuses, sèches ou humides, récentes ou invétérées ou récidivantes, qui sont d'ailleurs très-communes dans le pays ; néanmoins, M. Sarti n'a gardé de notes que sur 93 enfants, tous affectés, à un plus ou moins haut degré et dans une plus ou moins grande étendue, de croûtes laiteuses de toutes les variétés et à différentes phases de leur développement, dont quelques-uns avaient beaucoup souffert dans leur nutrition, et d'autres présentaient des engorgements ganglionnaires, au cou principalement. Or, voici les résultats qu'il a obtenus, tant relativement à la marche de la vaccination chez ces enfants, que sous le rapport des modifications que cette opération a apportées dans l'état des éruptions du cuir chevelu.

« Sous le premier point de vue, la vaccination, pratiquée au bras par quatre ou huit piqûres, suivant l'âge des enfants, et suivant l'étendue de l'affection du cuir chevelu, parcourut régulièrement ses périodes, et produisit les résultats les plus heureux sur 32 de ces enfants. Chez 9 d'entre eux, l'un et l'autre résultat ne fut obtenu qu'à la seconde vaccination, la première ayant échoué. Sur 48 enfants, la vaccine eut encore les résultats les plus heureux, bien qu'elle n'eût pas suivi sa marche ordinaire, les pustules ne s'étant montrées que du neuvième au douzième jour de la vaccination. De plus, sur 32 de ces 48 enfants, la lenteur avec laquelle se fit l'éruption fut suivie d'un retard dans la marche des pustules vaccinales, puisque les croûtes ne se détachèrent que plus de trente jours après cette petite opération. Chez deux enfants, il n'y eut qu'une fausse vaccine, et une nouvelle vaccination ne donna pas d'autre résultat. Enfin, chez deux autres enfants, la vaccine, pratiquée plusieurs fois, échoua complétement.

Sous le second point de vue, celui relatif aux modifications apportées par la vaccine aux éruptions du cuir chevelu, voici les résultats auxquels est arrivé M. Sarti. Sur 25 des 89 enfants vaccinés avec succès, l'état des croûtes laiteuses s'est amélioré sensiblement à partir de la chûte des croûtes vaccinales, et sans qu'il y ait eu plus tard des rechutes; de même, on a vu diminuer d'une manière presque aussi constante l'engorgement glandulaire. Sur 58 de ces 89 enfants, la dessiccation des pustules vaccinales terminée, les croûtes laiteuses ont marché rapidement vers l'amélioration pour disparaître totalement et pour toujours, peu après la chute des croûtes vaccinales, laissant les enfants dans un meilleur état de santé, y compris la disparition des engorgements ganglionnaires, qui paraissaient symptomatiques dans beaucoup de cas de l'affection du cuir chevelu; et les 37 enfants qui avaient souffert plus ou moins dans leur nutrition ont repris un certain degré d'embonpoint. Sur les 6 restants de ces 89, tous présentant des croûtes laiteuses rebelles, d'ancienne date et fort étendues, à forme sèche chez 2 d'entre eux, à forme humide chez 4 autres, non-seulement il n'y eut pas d'amélioration ni de guérison, mais les achores allèrent en augmentant, diminuant ensuite pour reprendre de nouveau leur fâcheux caractère avec d'assez longues alternatives. Enfin, chez les deux sujets chez lesquels il n'y a eu que de fausses vaccines, de même que chez les deux chez lesquels la vaccination a échoué à plusieurs reprises, il n'y a pas eu de changement en mieux ni de guérison des croûtes, sinon à une époque plus éloignée et après diverses phases d'augmentation.

Telles sont les expériences et les recherches qui ont conduit M. Sarti à considérer la vaccine comme un puissant agent de modification dans les cas de ce genre, et à poser les conclusions suivantes :

1° La vaccination est un moyen très-efficace pour améliorer l'état des individus affectés de croûtes laiteuses, puisque, dans 25 cas sur 89, dans lesquels la vaccine a réussi, il y a eu une diminution prompte et durable dans les phénomènes de cette affection.

« 2° La vaccination peut être, à plus forte raison, considérée comme un moyen absolu de guérison dans ces cas, puisque de 89 enfants vaccinés avec succès, 58 ont guéri de leurs achores, promptement, complétement et définitivement.

« 3° Comme contre-épreuve des effets modificateurs de la vaccine dans le traitement des croûtes laiteuses, il faut poser ce fait que ces dernières n'ont parcouru leurs phases ordinaires de développement, et ne sont arrivées à guérison tardivement que dans deux cas, dans lesquels la vaccine n'a pas pris, et dans deux autres, dans lesquels il y a eu une fausse vaccine.

« 4° Si, dans 6 cas sur 89, il n'y a eu aucun effet favorable sur les croûtes laiteuses, il n'en faut rien conclure contre l'efficacité du vaccin, d'une part, à cause du petit nombre de cas dans lesquels il a échoué, et de l'autre, à cause de la durée ancienne et de la grande étendue des croûtes laiteuses.

« 5° Les engorgements ganglionnaires surtout, s'ils sont secondaires ou symptomatiques des croûtes laiteuses, comme cela a lieu le plus souvent, trouvent dans la vaccination l'amélioration ou la guérison.

« 6° Enfin, l'état d'amaigrissement des enfants affectés de croûtes laiteuses, quelque loin qu'il soit porté, ne doit pas détourner le médecin de pratiquer la vaccination, parce que les effets dynamiques occultes et salutaires de la vaccine, tout en guérissant les croûtes laiteuses, amènent une amélioration remarquable dans la nutrition, ainsi qu'on l'a vu dans les 37 cas précédemment cités. »

(*Bulletin de thérapeutique.*)

DE L'OPIUM DANS LE TRAITEMENT DE LA SCARLATINE.

Quelques thérapeutistes modernes ont proscrit l'usage de l'opium dans le traitement de la scarlatine, pour les deux motifs suivants : 1° Parce que, dans cette maladie, l'éruption a plutôt besoin d'être modérée que d'être excitée, et l'on sait que l'opium pousse vigoureusement à la peau ; 2° parce que, dans la scarlatine, il y a plus ou moins de tendance aux congestions cérébrales.

Cependant, un de nos honorables confrères des départements, qui a maintes fois employé l'opium dans les complications cérébrales de la scarlatine, n'en a jamais vu résulter le moindre accident ; bien loin de là, il a vu constamment l'opium calmer les phénomènes nerveux. Ainsi emploie-t-il l'opium précisément dans les cas où les auteurs semblent regarder son action comme éminemment dangereuse. Il rapporte à l'appui les observations suivantes, qu'il a communiquées au *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, en insistant pour garder l'anonyme.

Obs. I. — Le 22 janvier 1843, je fus appelé pour donner des soins à une jeune fille d'une douzaine d'années, demeurant dans un village près de Châteauneuf, où je résidais alors. La malade présenta à ma première visite les symptômes suivants : langue légèrement saburrale, angine, toux ; il y avait de la fièvre. Une potion adoucissante avec quelques paquets de calomel lui furent prescrits. Le 24, il se manifesta une éruption de scarlatine, qui ne fut, en premier lieu, accompagnée d'aucuns symptômes alarmants ; mais, peu de temps après l'éruption, l'enfant commença à délirer, à chanter, sortir de son lit, et dans les petits moments de calme qu'elle avait, elle cherchait avec les deux mains, qu'elle dirigeait vers le même point, à attraper dans l'air quelque chose qu'elle croyait y voir ; les yeux étaient très-brillants.

Je ne laissai pas que d'être alarmé d'un appareil de symptômes aussi formidable ; je manifestai mes craintes aux parents sur les suites de la maladie. Pensant avoir affaire à une irritation nerveuse cérébrale, plutôt qu'à une véritable congestion, je prescrivis deux vésicatoires volants aux cuisses, des fomentations émollientes aux pieds ; je fis dissoudre approximativement un décigramme d'extrait gommeux d'opium, que je portais sur moi, dans environ 60 grammes d'eau de fontaine. J'en fis prendre moi-même une cuillerée à l'enfant avec un petit morceau de sucre, et je recommandai d'en faire prendre une autre d'heure en heure, jusqu'à ce que le sommeil vînt. Ma prescription fut exécutée. A la troisième cuillerée, l'enfant s'endormit, passa tranquillement la nuit, et, à ma grande surprise, le lendemain, je la trouvai parfaitement bien, répondant à toutes mes questions. Les symptômes cérébraux avaient disparu dès l'apparition du sommeil. La convalescence a été très-rapide.

Obs. II. — Le 29 mars 1843, je fus appelé dans la commune de Saint-Estèphe, arrondissement d'Angoulême, pour un jeune homme de 12 à 14 ans, que je trouvai, lui aussi, atteint d'une angine tonsillaire très-aiguë, avec de la toux et de la fièvre. Je lui prescrivis une douzaine de sangsues, du calomel à la dose de 10 centigrammes par jour, etc. Dès le lendemain, à ma seconde visite, je trouvai mon malade ayant une éruption de scarlatine très-intense, avec quelques boutons de millet, du délire et du transport, et cherchant, comme le malade précédent, à attraper des flocons avec les deux mains, en les dirigeant vers le même point.

Enhardi par ma médication précédente, je lui fis appliquer des vésicatoires aux cuisses, des fomentations aux pieds ; je fis dissoudre, toujours approximativement, un décigramme d'extrait gommeux d'opium ; je lui en fis prendre une cuillerée moi-même avec un peu de sucre

non écrasé, qui restait dans la bouche une fois le liquide avalé, et qui en masquait l'amertume.

D'après le rapport des parents, le sommeil ne se fit attendre tout au plus que deux heures ; toute la nuit fut calme, et le lendemain, à ma visite, je ne fus pas peu satisfait de voir mon malade dans les meilleures conditions, et la convalescence ne se fit pas attendre longtemps.

Obs. III. — Le frère du malade ci-dessus, âgé de 17 ans, qui avait fait plusieurs voyages à Châteauneuf pour les besoins que nécessitait la maladie de son frère, fut pris, lui aussi, d'angine inflammatoire, avec éruption de scarlatine et de millet. Le 5 avril, une saignée lui fut pratiquée, et des sangsues appliquées le lendemain.

Le 9, un délire extraordinaire se manifesta; le pouls était plein, les yeux brillants, avec une agitation dans les mouvements telle, que les parents furent obligés pour en être maîtres, de l'attacher. Il cherchait lui aussi à attraper des flocons. Une dissolution d'extrait gommeux d'opium qu'il prit ne produisit pas d'effet, et je crus pouvoir en attribuer la cause à du pain qu'il avait mangé dans son délire.

Une forte dissolution fut prise en lavement; le sommeil vint, et le résultat fut comme chez les deux précédents malades, tel que je pouvais le désirer. La convalescence a été un peu plus longue chez ce malade que chez les deux précédents.

Obs. IV. — Le 17 mars 1843, Merceron, de 16 à 17 ans, de la commune de Sireuil, fut atteint d'une gastro-entérite, avec redoublement de fièvre. Il survint un gonflement aux amygdales avec peu de douleur ; l'insensibilité était même générale.

Je prescrivis également le calomel avec quelques potions adoucissantes. Une éruption de scarlatine se manifesta chez ce malade. Peu de temps après l'éruption, il survint un délire et un transport presque furieux. On me manda la nuit du 20 au 21, et c'est dans ce moment que je fus à même d'apprécier la gravité de la maladie dont était atteint le jeune Merceron. Les couvertures, les draps de son lit, son bonnet, tout était par places, malgré les efforts des parents pour le retenir ; les observations ne servaient de rien ; il ne répondait à rien de ce qu'on pouvait lui dire ; tous ses efforts tendaient à sortir de son lit.

Je préparai, étant chez le malade, la dissolution d'extrait gommeux, peut-être un peu plus chargée que dans les autres observations, de manière à rendre l'eau aussi colorée que de la très-vieille eau-de-vie. Le malade en prit une cuillerée avant mon départ. Un des voisins m'accompagna à mon retour pour chercher deux vésicatoires. Le jour suivant, j'y retournai, et les effets de l'extrait gommeux d'opium, au bout de deux à trois heures, sont venus confirmer son efficacité dans cette complication cérébrale, généralement si redoutée.

Obs. V. — Le 15 novembre, je fus appelé par le nommé Billiaud, de la commune de Sireuil, pour voir son domestique, âgé d'une vingtaine d'années, atteint de mal de gorge, avec état saburral de la langue. Cet état disparut après l'usage d'un léger laxatif donné à la suite d'une saignée peu abondante. Peu de jours après, la langue est devenue sèche et lisse. Le 17, éruption de scarlatine et de miliaire, ensuite délire, transport, agitation continuelle avec insomnie complète ; efforts constants pour sortir du lit.

Je fis dissoudre l'extrait gommeux dans une petite quantité d'eau, qui fut divisée, et ajoutée à deux quarts de lavements d'eau pure, et pris à une heure d'intervalle. Le sommeil vint presque de suite ; la nuit fut parfaitement calme, et le lendemain je trouvai mon malade dans l'état le plus parfait. La convalescence fut de très-courte durée.

L'affection cérébrale, qui survient assez généralement dans la scarlatine, peut-

elle être considérée comme une congestion sanguine ou comme une irritation nerveuse? La médication que j'ai employée, et qui m'a si bien réussi, semble à elle seule indiquer la nature de l'affection.

DE L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE; *par* M. IZARIÉ.

M. Izarié commence la courte note que nous allons reproduire par rappeler un mot de Marjolin, qui disait à la fin de sa longue carrière que l'expérience lui avait appris, en thérapeutique, à ne rien rejeter sans examen et sans expérimentation, alors même que l'action du moyen paraissait inexplicable.

Cela s'applique surtout au traitement des affections nerveuses, et de la sciatique en particulier. Du reste, l'iodure de potassium a déjà été employé contre cette affection, et nous l'avons vu réussir dans un cas où nombre d'autres moyens avaient échoué; mais nous l'avons vu ensuite échouer plus d'une fois à son tour; en sorte que c'est une ressource de plus qui s'offre aux praticiens, mais non pas, à beaucoup près, une ressource toujours efficace.

Sous le bénéfice de ces remarques, voici maintenant les trois faits que rapporte M. Izarié :

« M. B..., âgé de 56 à 57 ans, d'un tempérament bilieux, ayant toujours joui d'une bonne santé, à quelques atteintes de sciatique près qu'il a eues depuis quelques années, fut pris, dans le mois de septembre dernier, de ces mêmes douleurs, et d'une manière tellement forte, qu'il fut cloué dans son lit pendant quinze jours, sans obtenir aucun soulagement des évacuations sanguines, des vésicatoires volants, et de l'application des sels de morphine.

« Le jeune officier de santé qui lui donnait des soins, lui prescrivit 8 grammes d'iodure de potassium dans 125 grammes d'eau sucrée, à prendre en deux fois dans les vingt-quatre heures. Le soir même, il y eut un amendement dans la douleur.

« Le lendemain, la même dose du médicament fut administrée, et de la même manière, ce qui amena la cessation complète de toute douleur, et le malade passa une nuit sans souffrance, ce qu'il n'avait pas fait depuis longtemps.

« La nouvelle de cette guérison se répandit dans la petite ville où elle avait eu lieu.

« M. de V..., âgé d'une trentaine d'années, de tempérament bilieux, qui, dans le mois de mars, fut pris d'une attaque de sciatique avec des douleurs horribles, s'en débarrassa en quarante-huit heures avec la même dose d'iodure.

« Dans le même mois de mars, je fus moi-même atteint de douleurs vives de sciatique, qui me privèrent de sommeil pendant dix jours. Mes affaires m'ayant obligé à aller dans la petite ville où s'étaient passés les deux faits précités, que M. de V... lui-même me fit connaître, je pris le lendemain 8 grammes d'iodure dans la journée, et le soir je n'avais plus que le souvenir de ma douleur, que je n'ai point vu reparaître. »

(*Union médicale.*)

Chirurgie.

DES DIVERS MOYENS EMPLOYÉS CONTRE LA CORNÉE CHRONIQUE; *par* W. WHITE-COOPER.

On connaît cette singulière altération du globe oculaire, chronique dans sa marche, souvent produite sans cause appréciable, presque irremédiable, que les Anglais surtout ont bien étudiée sous le nom de *conicité de la cornée* (*conical cornea*). M. White-Cooper a entrepris de la soumettre à une investigation encore plus complète, et pour cela,

sans faire abstraction de ses propres travaux sur la matière, il a institué une sorte d'enquête générale, en adressant un appel spécial à tous les praticiens qu'il savait s'être occupés de la pathologie et de la cure de cette affection. C'est le résultat abrégé de ces recherches que nous allons faire connaître à nos lecteurs, du moins en ce qui concerne la partie la plus importante, le traitement.

Les divers moyens qu'on a proposés contre la conicité de la cornée sont :

1° *L'établissement d'une pupille artificielle.* En général, et malgré deux cas où cette opération a produit une certaine amélioration de la vue, M. Cooper lui accorde peu de confiance. Elle paraîtrait cependant indiquée si, au milieu des irrégularités de la cornée, on découvrait quelque point libre d'altération. Il serait sans contredit alors rationnel de chercher à ouvrir, dans le point correspondant de l'iris, un passage aux rayons lumineux. En définitive, la pupille artificielle n'a guère de chances de succès et n'est guère pratiquée que conjointement avec :

2° *L'ablation du cristallin.* A propos de ce procédé, si préconisé par sir W. Adams, M. Cooper fait justement remarquer que, lorsque la cornée est conique, l'imperfection de la vision tient moins à l'*augmentation* de la puissance réfractive de la cornée qu'à la *manière vicieuse* dont cette fonction s'exécute ; car la configuration de la cornée, empêchant la formation des foyers aux points convenables, cause une confusion extrême dans les images qui vont se peindre sur la membrane sensitive. Ainsi, pour rétablir l'ordre dans les conditions de ce phénomène, il ne s'agit point de compenser le trop de réfraction de la cornée en supprimant un autre organe réfringent, le cristallin ; il faudrait plutôt rétablir la fonction propre à la première de ces membranes dans son état naturel. Et c'est ce que l'abaissement ou l'extirpation de la lentille est impuissant à produire.

Malgré ces considérations, l'ablation du cristallin a quelquefois rendu des services. M. Cooper en cite lui-même un exemple tiré de la pratique de M. Butler (de Plymouth); mais ce sont là, selon lui, des exceptions, et il borne l'indication de cette opération aux cas où la lentille est, simultanément avec la conicité, devenue opaque.

3° *Ablation d'un segment de la cornée.* Ceci a été pratiqué, mais infructueusement, par M. Maling, en vue de procurer une diminution de capacité de la chambre antérieure. M. Fario (de Bologne) paraît avoir tenté une opération semblable avec plus de succès.

4° *Ponction de la cornée.* Cette méthode a été essayée un très-grand nombre de fois, mais sans réussite. Elle fournit une preuve frappante de la rapidité que l'humeur aqueuse met à se reproduire. Une fois la ponction faite, l'humeur s'écoule librement et le cône cornéen s'affaisse. Mais si l'on examine l'œil au bout de vingt-quatre heures, le cône a repris sa saillie. Quant à la vision, elle est ordinairement améliorée au moment où la chambre antérieure est aux deux tiers remplie ; mais l'espoir de guérison que donne cette circonstance s'évanouit en quelques heures à mesure que le liquide continue à être sécrété.

5° *Compression.* La compression exercée après la ponction de la cornée paraît à M. Cooper, comme à M. Desmarres, susceptible d'être employée avec beaucoup d'avantage. Mais il veut qu'on se contente de donner à la cornée un *soutien*, un *point d'appui*, sans déterminer une pression violente qui, surtout avec l'amincissement qui coexiste ordinairement avec la conicité, ne pourrait que lui être très-préjudiciable.

La compression doit porter sur toute la cornée et non pas sur son sommet seulement. Il faut en outre qu'elle s'exerce constamment. L'action de l'eau peut seule remplir ces conditions. M. Coo-

per a essayé de les réaliser de la manière suivante, chez un de ses malades. Après avoir évacué le liquide de la chambre antérieure par ponction, un petit coussin à air, fait avec une membrane très-fine et rempli d'eau, fut immédiatement ajusté sur la cornée, et maintenu pressé par un ressort qui allait prendre son autre point d'appui sur l'occiput. Si le coussin avait été imperméable, le bénéfice constaté après trois semaines de durée de cette tentative fait augurer à l'auteur qu'il aurait obtenu un succès complet. Malheureusement l'appareil perdait du liquide au bout de quelques jours. (Nous ne pouvons nous empêcher d'intervenir ici pour faire observer qu'une petite vessie en caoutchouc vulcanisé remplie d'air, ou d'eau si on le préférait, satisferait parfaitement à toutes les indications de ce procédé qui nous semble, à nous aussi, le plus rationnel.)

6° *Traitement par les éméto-purgatifs.* On devait effectivement s'attendre à trouver, dans une nomenclature anglaise, une place réservée à ce mode de traitement. Le docteur Pickford s'en est constitué le partisan, et lui attribue une grande supériorité. Il administre tous les matins, ou moins souvent, selon les cas, 12 décigrammes de sulfate de zinc, associés à 15 grammes de sulfate de magnésie.

M. Pickford insiste sur les avantages de sa méthode. Il ne cache point cependant qu'elle paraît être particulièrement désagréable à ceux qu'on y soumet, et que la plupart d'entre eux préfèrent sans hésiter la maladie au remède.—Alors il arrive que, le médicament étant suspendu, le cône cornéen s'allonge de plus en plus, et que le sommet de cette membrane devient plus opaque.

7° *Applications locales.* Elles comportent l'emploi, soit des astringents, soit des caustiques. En général, sauf de rares exceptions, il n'y a que peu ou point de bénéfice à espérer de l'usage de ces remèdes. Toutes les combinaisons paraissent avoir été essayées et l'avoir été sans succès. M. Gervais (de Tiverton) a cependant réussi à guérir une femme de 25 ans, au bout d'un an et demi de soins; mais le traitement local, qui consista en attouchements de la cornée avec le nitrate d'argent, répétés trois fois par semaine, fut puissamment aidé par des vésicatoires, l'administration à l'intérieur du carbonate de fer, une diète généreuse, et plusieurs ponctions de la cornée.

Des lotions faites sur la cornée avec une solution d'acétate de zinc ont réussi à M. Dalrymple pour combattre une opacité du sommet de la cornée qui était venue compliquer un cas de conicité ancienne de cette membrane.

Chez deux sujets scrofuleux, où la maladie était compliquée de photophobie, M. Smith (de Southampton) a fait cesser ce phénomène incommode, en barbouillant tous les jours l'extérieur des paupières avec de la teinture d'iode.

8° *Appareils optiques.* Les appareils les plus variés, les plus bizarres, ont été conseillés contre cette maladie. M. John Herschell conseille d'adapter à l'œil une lentille ayant le même pouvoir réfringent que la cornée, et dont la surface postérieure soit l'exacte reproduction, le *fac-simile* des irrégularités de la cornée malade.

Le docteur Hull veut qu'on fasse porter un instrument composé de deux lentilles, l'antérieure large et convexe, la postérieure plus petite et biconcave.

En définitive, et pour donner au praticien un meilleur guide qui doit lui être indispensable après l'incertitude que la revue des moyens précédents a sans doute jetée dans son esprit, M. William Cooper engage surtout à pratiquer la ponction de la cornée, immédiatement secondée par la compression. Il faut aussi veiller à l'hygiène, à la santé générale et, chez les malades qui auront assez de courage pour s'y prêter, ne pas négliger le secours qu'apporte l'emploi des éméto-cathartiques. Comme moyens palliatifs, qui peuvent aider à la vision tant-

qu'on en use, on pourra employer la belladone, de manière à dilater la pupille. De même le malade y verra mieux s'il regarde à travers une carte noircie et percée d'un trou fait avec une grosse épingle.

(*London Journ. of medicine ;* et *Gaz. médicale de Paris.*)

SUR UNE TUMEUR NON DÉCRITE JUSQU'A PRÉSENT DU VOILE DU PALAIS, *par* M. NÉLATON.

C'est une chose bien remarquable en pathologie chirurgicale, de voir, après tant de travaux, tant d'affections encore inconnues ; et que l'on soit obligé, presque d'année en année, de briser le cadre classique toujours agrandi et toujours trop étroit pour les progrès de l'observation.

Il s'est présenté il y a trois mois dans le service de M. Nélaton, un individu porteur d'une affection fort rare ; car elle a jusqu'ici échappé à tous les chirurgiens, et M. Nélaton lui-même ne la voyait que pour la deuxième fois. Voici le fait :

OBS. I. — C'était un homme de 34 ans, présentant toutes les apparences d'une bonne constitution et jouissant habituellement d'une excellente santé. Dès l'âge de quatorze ans, pour la première fois, il reconnut la présence d'une tumeur qui se développait à la partie postérieure de la bouche. Pendant longtemps elle conserva le volume d'une noisette ; elle était placée à la partie supérieure du palais vers la ligne médiane.

Cette tumeur s'est développée graduellement, peu à peu, et, à mesure qu'elle formait sur la face antérieure du voile du palais un relief plus considérable, elle s'est reportée plus en dehors vers le pilier antérieur de cet organe. Dans les derniers temps qui ont précédé l'entrée du malade à l'hôpital, le développement aurait été un peu plus rapide que par le passé, et c'est surtout à cause de ce développement plus rapide qu'il se décida, d'après les conseils de son médecin, à entrer à l'hôpital, le 12 novembre.

Voici dans quel état il se trouvait :

« Il n'existe à l'extérieur de la bouche aucune tumeur, aucune difformité; si vous lui faites ouvrir la bouche largement, vous voyez sur la moitié gauche du voile du palais une tumeur qui fait, à la face antérieure de cet organe, une saillie allongée, à grosse extrémité tournée en bas, que l'on peut comparer à celle que déterminerait un œuf coupé par moitié suivant son plus grand diamètre. Elle adhère intimement au voile du palais, est mobile et fait corps avec lui ; ce que l'on juge facilement si l'on engage le malade à faire un mouvement de déglutition, la bouche légèrement ouverte, de manière que le regard puisse plonger dans le fond de la bouche. C'est une manœuvre un peu gênante, mais que le malade exécute assez facilement en raison de la grande habitude qu'il en a. Du reste, si l'on touche avec le doigt la face antérieure de l'organe, ou si, recourbant l'indicateur en crochet, on le fait passer derrière le voile du palais en même temps que l'on juge de la consistance de la tumeur, on acquiert la conviction qu'elle est entièrement limitée à cet organe, car le doigt en limite facilement toute la circonférence, On sent, de plus, qu'elle ne fait aucune saillie à la face postérieure du voile du palais, qui est lisse et complétement libre à gauche aussi bien qu'à droite. Nous avons pu nous assurer de cette disposition favorable par une autre manœuvre non moins concluante : nous avons introduit dans la fosse nasale gauche une sonde recourbée ; nous l'avons trouvée parfaitement libre, et, faisant mouvoir l'extrémité recourbée de la sonde, nous avons pu nous convaincre que les arrière-narines et la face postérieure du voile étaient parfaitement libres. Quant à la consistance, cette tumeur est solide et même d'une dureté assez considérable, rappelant celle de certaines tumeurs fibreuses ou des

ganglions lymphatiques atteints d'inflammation chronique.

« La coloration de la muqueuse qui la recouvre est un peu plus prononcée que dans les parties circonvoisines ; elle y est plus lisse et paraît un peu distendue. Vers la partie la plus saillante, on remarque une veine un peu volumineuse, légèrement variqueuse, qui se dirige dans le sens longitudinal de cette tumeur. Cette muqueuse, du reste, n'est nullement altérée ; elle est mobile et glisse facilement à la surface de la tumeur : il est facile de la pincer, d'y déterminer des rides, symptôme fort important pour le diagnostic et pour le manuel opératoire que nous comptons employer dans ce cas. Ajoutons que la pression exercée sur cette tumeur n'est nullement douloureuse, que jamais le malade n'y a ressenti de douleurs spontanées, lancinantes ou autres, que jamais non plus il n'y a ressenti de battements. Les fonctions de la partie affectée sont un peu gênées ; ainsi la déglutition des solides s'accomplit facilement ; mais celle des liquides est telle que souvent il passe un peu de liquide dans les fosses nasales ou même dans le larynx, d'où des efforts d'éternument. Quant à la parole, elle est un peu sourde, voilée et possède souvent un timbre nasonné.

« Répétons, enfin, que l'état général est excellent, que rien dans l'état extérieur du malade n'indique une altération profonde de la constitution ; que, dans les régions sous-maxillaire et parotidienne, il nous a été impossible de découvrir aucun ganglion engorgé. »

Quelle était la nature de certe tumeur? Elle était dure et solide ; mais son ancienneté, l'absence de douleurs lancinantes, et surtout l'état sain des ganglions voisins écartaient l'idée d'un cancer. M. Nélaton pensa qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne, de nature fibreuse contenue dans une enveloppe lamelleuse, sans adhérence avec les tissus voisins, facile en un mot à énucléer. Il se fondait sur ce qui lui était arrivé une première fois dans un cas analogue.

L'opération fut faite le 13 novembre. Une incision verticale fut faite suivant le plns grand diamètre de la tumeur, la dépassant un peu vers les deux extrémités ; la muqueuse fut ensuite décollée de deux côtés avec la spatule ; puis le doigt indicateur passé en arrière suffit pour l'énucléer entièrement, avec plus de facilité même que l'opérateur ne s'y attendait. Il y eut à peine deux ou trois gorgées de sang perdu ; et bientôt tout écoulement s'arrêta sous l'influence de quelques lotions d'eau froide. Un filament de tissu cellulaire pendait de l'angle inférieur de la plaie ; il fut excisé. Il restait une plaie longitudinale de 6 à 7 centimètres de long, dont les bords écartés de un centimètre et demi à deux centimètres laissaient voir une cavité brunâtre, comme ecchymotique.

Le malade fut reconduit à son lit, avec recommandation de garder le silence et de se gargariser avec un peu d'eau fraîche si le sang recommençait à couler. Pendant les premiers jours, les lèvres de la plaie se tuméfièrent, et il eut même une stomatite légère. Ce fut tout. Dès le huitième jour la cicatrisation commençait à la partie supérieure ; le douzième jour, elle était complète, sauf un petit bourgeon charnu à la partie inférieure que l'on cautérisa pour la seconde fois ; et le malade sortit de l'hôpital.

Déjà dès lors la déglutition était plus facile, la voix plus claire, et il pouvait lire à haute voix, chose impossible depuis longtemps. Quinze jours après, le sujet revint à la consultation ; la cicatrisation était complète et la voix parfaitement revenue à son timbre normal.

Il était permis de s'étonner du diagnostic porté ; il était fondé, avons-nous dit, sur l'observation antérieure d'une tumeur analogue.

Voici cet autre fait :

Obs. II.— « La malade qui portait cette tumeur était une religieuse déjà âgée, de la petite ville d'Orbec. L'apparition de sa tumeur remontait à une époque fort

reculée; elle s'était développée peu à peu, très-lentement, sans déterminer de douleurs, d'où probablement la négligence qu'avait mise la malade à se faire traiter. Lorsque je vis cette femme, la tumeur avait graduellement acquis un volume tel, qu'elle remplissait l'arrière-bouche, déprimait la base de la langue d'une part, et appuyait sur l'épiglotte au point de produire parfois des accès de suffocation fort inquiétants. D'un autre côté, le voile du palais était soulevé, porté en haut et en arrière presque au contact de la paroi postérieure du pharynx. Il en résultait une gêne extrême de la déglutition et de la phonation. Cette gêne, jointe aux accès de suffocation, à la difficulté habituelle de la respiration, rendait fort grave l'état de cette malade, et me faisait un devoir de tenter toute opération possible, afin de lui procurer un peu de soulagement. Du reste, l'état général était excellent; la lésion, toute locale, ne présentait point l'aspect propre aux tumeurs malignes; ainsi, en aucun point il n'y avait de ramollissement, en aucun point menace d'ulcération; mais, au contraire, les limites de la tumeur étaient très-nettes, les téguments muqueux qui la recouvraient étaient distendus, amincis, mais nullement adhérents; de plus, les ganglions voisins ne présentaient aucune altération. Je me décidai donc à tenter l'extirpation, malgré les difficultés probables de l'opération, qui se fit beaucoup plus facilement que je ne l'avais espéré. La malade guérit très-bien. »

Dans ce premier cas, le chirurgien s'attendait à de tout autres difficultés; et il était décidé à faire dans le voile du palais une large perte de substance, soit avec le bistouri, soit avec la ligature; et il fut surpris tout le premier de la facilité de l'énuclation.

Reste à rechercher quelle est la nature de ces tumeurs singulières. Celle qui avait été enlevée le 13 novembre, avait la forme d'un ovoïde à grosse extrémité tournée en bas. Cependant cette forme n'est pas très-régulière; ainsi çà et là elle présente de petites saillies lobulées, arrondies, qui rappellent assez bien la forme de certaines pommes de terre. La circonférence est de 10 1/2 centimètres sur 9; ses diamètres, 4 centimètres sur 2 1/2.

Sa consistance est solide; elle est dure et ne se laisse pas affaisser, même par une pression assez forte; elle est pesante, dense. Elle rappelle assez bien par sa consistance la pesanteur, la consistance et la couleur du pancréas sain; comme lui elle est d'un jaune grisâtre, assez uniforme, aussi bien à l'extérieur, à travers la membrane d'enveloppe, qu'à l'intérieur, sur une coupe fraîche. Si l'on fend cette tumeur, elle ne cède au tranchant qu'avec une certaine difficulté, sans cependant présenter le petit cri propre aux tumeurs squirrheuses.

La coupe offre un aspect lobulé des plus prononcés; et la pression en exprime un liquide aqueux. Voici maintenant ce que le microscope a appris à M. Lebert.

Le liquide exprimé de la tumeur offrait des cellules épithéliales; la tumeur même, des culs-de-sac glandulaires, toutefois assez rares, plongés dans un blastème amorphe granuleux, avec quelques rares éléments fibro-plastiques. C'était donc à peu près la même structure que celle de la tumeur mammaire chronique, ou hypertrophie du tissu mammaire.

Ajoutons que M. Michon a eu à son tour occasion d'enlever une tumeur du même genre, datant de dix ans, arrivée au volume d'un petit œuf, et qui s'est laissée énucléer avec la même facilité. M. Robin lui a trouvé au microscope les mêmes éléments, et elle était née pareillement à la partie antérieure et latérale gauche du voile du palais; en sorte que cette nouvelle entité pathologique se trouve déjà appuyée sur trois faits parfaitement concordants.

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

DE LA LIGATURE DES ARTÈRES THYROÏDIENNES POUR LA CURE DU BRONCHOCÈLE, *par* M. PORTA.

Quelques chirurgiens, parmi lesquels il faut compter M. Porta lui-même, avaient déjà essayé de faire cesser l'hypertrophie du corps thyroïde, en liant soit l'une des artères thyroïdiennes supérieures, soit ces deux vaisseaux. Mais la ligature de la thyroïdienne inférieure, conjointement avec la supérieure, quoique M. Porta l'eût indiquée comme indispensable pour obtenir un effet curatif complet, n'avait pas encore été pratiquée par lui, faute d'une occasion favorable. Enfin un fait s'est offert, et le succès a rempli toutes les prévisions de l'honorable professeur de Pavie.

OBS. — Une jeune paysanne, âgée de 17 ans, vint en juillet 1850, dans la salle de clinique, se faire traiter d'un goître du côté gauche du cou, ayant le volume d'une orange ordinaire. Il avait rapidement augmenté durant les deux dernières années, de manière à rejeter le larynx et le pharynx à droite, à produire un râle fatigant et à gêner un peu la déglutition. On sentait l'artère thyroïdienne supérieure battre vers le sommet de la tumeur; mais on ne percevait aucune trace de l'inférieure. La tumeur étant circonscrite et le cou naturellement allongé, M. Porta considéra le cas comme favorable à l'opération de la double ligature. En conséquence, le 28 juillet, il pratiqua entre le sterno-mastoïdien et le sterno-thyroïdien l'incision longitudinale, de quatre travers de doigt, telle qu'on la fait ordinairement pour lier la carotide primitive.

La thyroïdienne inférieure étant la plus difficile à découvrir, on se proposa de commencer par elle. L'opérateur, rompant avec le doigt le tissu cellulaire à la partie inférieure de l'incision, derrière et un peu au-dessous de la base de la tumeur, parvint à sentir distinctement cette artère entre la trachée et le tronc de la carotide commune. Toujours guidé par le doigt, il passa sous ce vaisseau une aiguille courbe de Lawrence enfilée d'un cordonnet de soie, dans lequel il l'étreignit. Cette première ligature étant terminée, on découvrit sans peine à l'angle supérieur de l'incision la thyroïdienne supérieure qu'on entoura d'une fine ligature animale.

Les suites de l'opération ne furent pas aussi simples qu'on était autorisé à le présumer. Un phlegmon d'abord, puis au bout de trois semaines une hémorragie provenant de l'angle supérieur de la plaie, et contre laquelle il fallut employer le tamponnement, retardèrent la cicatrisation, qui ne fut complète qu'à la fin d'octobre.

Mais comme moyen curatif le succès dépassa toutes ses espérances : à peine le phlegmon dissipé, on reconnut que la tumeur avait diminué de moitié. Au commencement d'octobre, il n'en restait aucune trace. Il n'en demeurait pas même un noyau ou callosité; le cou, à cette place, était amaigri, aplati, et ne présentait que la cicatrice de l'incision faite en juillet.

A la date du 22 avril 1851, on a eu des nouvelles de la jeune opérée; elle jouit de la plus parfaite santé, et n'offre pas le moindre vestige de tumeur au cou.

(*Annali un. di Medic.* et *Gaz. méd. de Paris.*)

DE L'EMPLOI DU PESSAIRE *ou redresseur intra-utérin, et des précautions qu'il exige ;* par M. VALLEIX.

M. Simpson d'Edimbourg est l'auteur d'une méthode de traitement des déviations de l'utérus, qui consiste à redresser l'organe à l'aide d'une tige solide introduite dans sa cavité. C'est ce qu'il appelle un *pessaire intra-utérin ;* et cette tige unie à peu près à angle droit avec une seconde, laquelle est réunie à son tour sous un angle semblable avec un anneau qui sert de manche à l'instrument, il en résulte que le pessaire placé à demeure dans l'utérus y est maintenu

par l'application de l'anneau ou du manche sur l'hypogastre de la femme. Parmi nous, M. Valleix qui a fait usage nombre de fois de cette méthode, a cru devoir perfectionner et le nom et la forme de l'instrument; il l'a appelé *redresseur utérin;* et déjà il a imaginé un *redresseur à écrou*, un *redresseur articulé à flexion graduelle*, et encore une ou deux autres modifications qui n'ont pas reçu de nom spécial. Aujourd'hui, toutefois, il s'en tient à un *redresseur utérin articulé*, dont les trois pièces peuvent s'étendre en droite ligne l'une sur l'autre pour faciliter l'introduction de la première, et se fléchissent ensuite par un mécanisme fort simple, pour permettre au manche de s'appliquer sur l'hypogastre, où il est fixé par des cordons passés autour de l'abdomen.

Sans doute, une indication nouvelle peut requérir un instrument nouveau; et l'expérience seule peut apprendre les modifications qu'il convient d'y apporter. Cependant, les changements déjà nombreux que celui-ci a subis semblent indiquer qu'il en subira d'autres encore; et, d'ailleurs, l'indication une fois posée, chaque praticien est en mesure de modifier l'instrument à sa guise. Ce qui est tout autrement important, c'est de savoir comment l'utérus le supporte, quelles sont les précautions à prendre, les inconvénients à éviter; c'est ce que M. Valleix a essayé d'exposer dans l'article suivant.

« La *sonde utérine* doit toujours être préalablement employée, non-seulement comme moyen de diagnostic, mais encore dans le but de redresser en partie l'utérus, de rendre ses flexions moins marquées, et surtout de familiariser l'organe avec le contact d'un corps étranger.

« Il ne faut pas croire que l'on puisse, dans le plus grand nombre des cas, sonder l'utérus sans déterminer de la douleur. Souvent, au contraire, la sensibilité de cet organe est très-vive, et, s'il se rencontre une flexion très-prononcée, les tentatives qu'on fait pour la franchir peuvent être très-douloureuses. En outre, j'ai toujours constaté que le fond de l'utérus a une sensibilité particulière, et que, lorsqu'on presse un peu fortement sur lui avec l'extrémité de la sonde, on détermine une sensation très-pénible, que les malades ne savent à quoi comparer, qui retentit jusqu'à l'épigastre et qui *va au cœur*, suivant l'expression de quelques-unes. De là, la nécessité de quelques précautions qu'il est bon de connaître.

« D'abord, avant de sonder la malade, il faut pratiquer le toucher avec grand soin et bien reconnaître la direction de l'utérus. Si, en effet, il existait une flexion méconnue, on conçoit qu'après avoir pénétré à une certaine profondeur, on ne songerait pas à changer plus ou moins complétement la direction de la sonde, ce qui néanmoins est indispensable; car autrement on pousserait contre l'une ou l'autre des parois du col, et l'on occasionnerait de vives souffrances sans pénétrer dans l'utérus. Lorsqu'au contraire la flexion est bien constatée, on suit avec le doigt le trajet de la sonde; puis, arrivé au point qu'elle occupe, on baisse ou on relève fortement le manche de la sonde, on maintient en avant sa courbure ou on la porte en arrière, en faisant décrire un demi-cercle à son extrémité, suivant que la flexion est en avant ou en arrière.

« Si, malgré ces précautions, on éprouve trop de difficulté, il ne faut pas insister dans les premières séances; on recommence tous les jours la même opération, et, au bout de deux, trois, quatre tentatives, on finit par pénétrer dans le corps, sans éveiller une sensibilité trop vive, et sans aucun effort. Les cas dans lesquels on ne parvient pas à pratiquer le cathétérisme du premier coup sont, du reste, comparativement très-rares.

« Quand on a pénétré jusqu'au fond de l'utérus, on le redresse, en portant le manche de la sonde en avant ou en arrière, suivant que l'utérus est renversé en arrière ou en avant. Mais comme, ainsi que je l'ai dit plus haut, le fond est

très-sensible au contact de la sonde, il faut agir avec ménagement, et s'arrêter si la douleur est trop vive. Au bout de quelques jours, le contact est beaucoup plus facilement supporté.

« En pratiquant le cathétérisme, il faut avoir soin de noter l'étendue de la cavité utérine, depuis l'orifice externe du col jusqu'au fond de l'organe. Cette étendue est, en effet, beaucoup plus variable qu'on ne l'a dit, surtout dans les cas pathologiques dont il est ici question. C'est ainsi que j'ai vu, dans certains cas, l'utérus n'avoir que 6 centimètres de profondeur, tandis que dans d'autres il avait jusqu'à 9 centimètres. Après ce que j'ai dit plus haut, on comprendra facilement combien il est important de savoir à quoi s'en tenir sur ce point. Si, en effet, on plaçait dans l'utérus une tige qui arrivât jusqu'au fond, le contact de son extrémité avec ce fond, doué d'une sensibilité particulière, serait intolérable ; les femmes ne pourraient pas s'asseoir ; au moindre mouvement, elles éprouveraient les plus vives souffrances, et l'instrument ne pourrait pas être supporté une heure.

« Il faut donc, connaissant la profondeur de l'organe, donner à la tige intra-utérine 1 centimètre ou au moins 1/2 centimètre de moins que la profondeur totale.

« D'un autre côté, il ne faut pas que l'instrument soit trop court ; car alors il ne redresserait qu'une partie de l'utérus, surtout dans les cas si fréquents où il existe une flexion; et plus tard la portion non redressée, agissant dans le sens de la déviation, entraînerait promptement, par son poids, cet organe dans la position vicieuse qu'il occupait auparavant. C'est ce qui m'est arrivé une fois chez une femme dont l'utérus avait une profondeur de près de 9 centimètres, et chez laquelle il a fallu donner 7 centimètres 1/2 à la tige intra-utérine.

« La mesure de cette profondeur se prend du reste avec beaucoup de facilité, en maintenant l'extrémité de la sonde utérine contre le fond de l'utérus, pendant qu'avec l'indicateur de la main gauche on marque le point où arrive l'orifice du col, et en retirant ensuite l'instrument sans quitter ce point. On peut aussi se servir d'un curseur.

« Placé avec toutes les précautions que je viens d'indiquer, l'instrument est presque toujours très-bien supporté dès le premier jour. Cependant, il ne faut pas croire qu'il n'y ait absolument aucune douleur, même dans les cas où les choses se passent aussi bien qu'on peut le désirer. Dans les premières heures, parfois même pendant vingt-quatre ou trente-six heures, il survient quelques légères coliques utérines, dues à des efforts d'expulsion, l'utérus cherchant à se débarrasser, soit du corps étranger, soit d'une petite quantité de sang ; mais bientôt ces légers accidents se dissipent, et l'instrument est supporté huit, dix, quinze jours, non-seulement sans douleur, mais encore avec un sentiment de bien-être réel, les symptômes dus à la déviation étant plus ou moins complétement dissipés.

« Dans quelques cas, ces coliques utérines persistent un peu plus et ont un peu plus d'intensité. Il suffit d'une demi-journée de repos pour les dissiper. Dans les cas ordinaires, le repos n'est nullement nécessaire ; les malades peuvent faire des courses à pied et en voiture ; j'en ai même vu faire de petits voyages sans aucun inconvénient.

« Quelques malades ne peuvent absolument pas supporter l'instrument pendant plus de dix ou vingt-quatre heures, lors de la première application. J'ai remarqué que cela se rencontrait presque exclusivement chez les personnes qui n'ont pas eu d'enfant, dont le col est très-peu dilaté, et qui devaient avoir leurs règles dans quelques jours. Il résulte de faits maintenant assez nombreux, que le séjour de la tige intra-utérine fait avancer les règles d'une manière notable, et les rend plus abondantes et plus faciles ; or, si on l'a placée à une époque voisine des règles, celles-ci

se montrent presque tout de suite; et si, d'un autre côté, la tige remplit trop exactement le calibre du col, il s'ensuit que le sang ne peut sortir librement de la cavité utérine, d'où résultent des efforts d'expulsion, des coliques utérines qui deviennent promptement insupportables. En pareil cas, il faut ôter l'instrument, laisser passer les règles; et plus tard l'instrument est très-bien supporté.

« Le temps pendant lequel les malades doivent porter le *redresseur utérin* est variable. Tant qu'il ne produit pas de gêne, et que l'utérus n'a pas de tendance à se congestionner, on peut le laisser avec toute sécurité. Les femmes, en nombre considérable, auxquelles je l'ai appliqué, et je l'applique tous les jours, n'en ont éprouvé aucun accident. C'est un fait aujourd'hui acquis à la science; toutes les craintes qu'on avait pu concevoir en théorie tombent devant la pratique journalière. Seulement, je dois le répéter encore, parce que c'est une condition importante de succès, il ne faut jamais négliger les précautions que j'ai mentionnées plus haut. C'est le motif qui m'a engagé à entrer dans les détails qui précèdent; car si d'autres médecins veulent expérimenter ce traitement, il faut qu'ils puissent le faire d'une manière rigoureuse, afin de ne pas éprouver de mécomptes qu'ils seraient tentés de mettre sur le compte du moyen thérapeutique, tandis qu'on ne devrait en accuser que l'inexpérience de l'opérateur.

« Quant aux résultats thérapeutiques, bien qu'il fût facile d'en citer un bon nombre des plus heureux, c'est un sujet que je ne veux pas aborder encore, parce qu'il faut que les guérisons nombreuses, obtenues dans les cas les plus variés, soient sanctionnées par le temps. Je recueille les observations, et je m'empresserai de les faire connaître lorsque le moment sera venu. Plusieurs cas ont été suivis par des confrères expérimentés, qui ont pu explorer les femmes et les observer dans mon service à l'hôpital. »

Dès que le traitement nouveau est encore à l'état de recherche, nous ne saurions en apprécier la valeur. Un premier point paraît seulement à peu près constaté; savoir, son innocuité; toutefois cette innocuité n'est pas encore telle qu'on puisse l'essayer sans précaution.

Obstétrique.

DES CAS DANS LESQUELS LA QUESTION DE L'AVORTEMENT PEUT ÊTRE POSÉE.

La discussion élevée devant l'Académie, et dont nous avons rendu compte, a eu des échos en France et à l'étranger, dans les journaux et dans les sociétés savantes. Quelques médecins ont conclu au droit et au devoir absolu; nous devons constater que partout ils sont restés en très-petite minorité. D'autres ont rejeté l'avortement d'une façon non moins absolue; et autant que nous pouvons en juger, la sage réserve de l'Académie a été généralement approuvée. Nous ne devons pas omettre de dire que ce qui a suscité une répugnance presque universelle, c'est l'idée qu'une prostituée pût venir, à chaque nouvel engrossement, frapper à la porte du médecin, et le sommer de la débarrasser par un nouvel avortement, pour la mettre à même de convoler à des débauches nouvelles. Répétons-le donc; avant tout, le médecin n'est lié là par aucun devoir; il est libre de ses refus. A lui seul appartient, dans le for intime de sa conscience, de juger si telle nécessité que nous ne voulons ni prévoir ni déterminer, est assez forte pour lui faire transgresser honorablement la ligne de son devoir, en en acceptant toute la responsabilité.

Voyons maintenant quels sont les cas où la question de l'avortement peut être posée.

Le premier est le rétrécissement extrême du bassin. C'est celui qui s'est offert à M. Lenoir, et déjà la même femme avait été délivrée, comme il a été dit, de la même manière, par MM. P. Dubois et Cazeaux. M. P. Dubois a dit avoir pratiqué une autre fois l'avortement pour la même cause. Il faudrait, bien entendu, que le rétrécissement fût bien constaté, et à un tel degré que l'accouchement prématuré artificiel n'offrît pas la moindre chance. Le praticien se trouverait alors placé, sans intermédiaire, entre l'avortement et l'opération césarienne, et forcé de choisir ou d'abandonner à la fois la mère et l'enfant à une mort inévitable.

Mais, pour nous servir des termes du rapport, « une foule d'accidents liés à la grossesse, une foule d'états morbides coexistants et recevant de cette circonstance une gravité très-compromettante pour la mère, ont paru être, à quelques médecins, des indications aussi rigoureuses que les rétrécissements. » M. Cazeaux combat avec énergie cette manière de voir; et cependant, tant la question est délicate et brûlante, il nous a semblé à la fois qu'il accordait trop d'un côté, et qu'il refusait trop de l'autre. Quelle est la règle, selon lui ?

« Il ne suffit pas que la vie de la mère soit *probablement* compromise, mais il faut qu'il y ait *presque certitude* d'une mort prochaine. » Au point de vue purement logique, la règle pèche dans les termes ; la *presque certitude* n'étant pas la certitude, se réduit toujours à une plus grande probabilité. De telle sorte que la règle revient à dire, que si la mort de la mère est seulement *probable*, cela ne suffira pas pour agir ; mais que si elle est *très-probable*, cela suffira. Cela est singulièrement élastique. Voyons, au reste, les applications.

« A ce titre, poursuit M. Cazeaux, les hémorragies que rien n'a pu arrêter, les tumeurs des parties molles ou dures qui ne sont pas susceptibles d'être déplacées, ponctionnées, incisées ou extirpées, nous paraissent les seules indications admissibles de l'avortement. Quant aux phénomènes nerveux, aux maladies chroniques ou aiguës compliquant la grossesse; quant aux vomissements assez intenses pour mettre la vie de la malade en danger, nous croyons que, dans l'état actuel de la science, le médecin doit s'abstenir. »

Qu'il nous soit permis de faire ici une observation. Toutes ces questions relatives à l'avortement sont si délicates et si graves, que les esprits les plus fermes s'y prennent à chanceler. Certes M. Cazeaux a des opinions bien arrêtées; n'est-il pas remarquable que dans l'espace de deux années il ait déjà rejeté deux indications sur quatre, qu'il avait déclarées admissibles? Ainsi, en 1850, il aurait provoqué l'avortement pour l'hydropisie de l'amnios et les déplacements irréductibles de la matrice ; aujourd'hui, il s'en abstiendrait. Nous aurions désiré que le rapport indiquât les motifs de ce changement de doctrines ; peut-être eussent-ils servi à renverser encore quelques-unes des indications restées debout ; par exemple, celle de l'hémorragie, qui est à peu près nouvelle dans la science, et qui nous paraît, à plus d'un titre, excessivement aventurée.

Quoi qu'il en soit, la mention des vomissements opiniâtres allait droit à M. P. Dubois ; en effet, l'honorable professeur a proposé et pratiqué plusieurs fois l'avortement dans des cas de ce genre. Contre une si importante autorité, quelles sont les raisons déterminantes de M. Cazeaux? Elles se réduisent à trois :

1° La rareté de la mort par suite des vomissements. Quelquefois les vomissements, après avoir placé la malade dans une position désespérée ont tout à coup cessé, soit spontanément, soit sous l'influence de quelque nouvelle médication. Ainsi, une femme jugée désespérée par MM. P. Dubois et Chomel, et qu'ils avaient pensé n'avoir plus que quelques jours à vivre, fut prise d'un dévoiement

qui arrêta les vomissements, et se rétablit complétement.

2° La rareté des succès à la suite de l'opération. Quelquefois les vomissements cessent, et la mort n'en arrive pas moins; d'autres fois, l'avortement n'arrête même pas les vomissements. M. Cazeaux n'a trouvé jusqu'ici qu'un seul cas de succès dû à Churchill.

3° L'extrême difficulté de fixer le moment opportun pour l'opération. Trop tôt, le danger est trop faible, il n'y a pas indication suffisante; trop tard, le danger est trop grand, et l'avortement sera impuissant pour le conjurer.

En résumé, il conclut :

« Tant que dans un cas déterminé on ne pourra pas dire : la malade offre un ensemble de symptômes qui, abandonnés à eux-mêmes, doivent, *suivant toutes les probabilités*, se terminer par la mort; et, ces symptômes existants, il est probable que l'avortement provoqué les fera cesser et permettra à la malade de se rétablir, je pense que cette opération doit être rejetée. »

M. P. Dubois, ainsi provoqué, a pris la parole pour se défendre; et tout d'abord, s'il faut le confesser, il est allé assez maladroitement trébucher dans un petit piége que lui avait tendu M. Cazeaux. M. Cazeaux, citant des leçons cliniques de M. P. Dubois, publiées en 1848 par M. Laborie, où il était dit que l'avortement devait être pratiqué dès le début des vomissements, c'est-à-dire *après* ou même *dans* la première période, s'était récrié contre un tel précepte, et avait déclaré qu'il hésitait à croire que la pensée du professeur eût été bien rendue. M. P. Dubois s'est hâté de dire qu'en effet il n'avait pas à répondre de ce qu'avait pu écrire M. Laborie. Huit jours après, il était obligé de reconnaître que M. Laborie avait été son fidèle interprète; la contradiction était flagrante. Mais alors, M. P. Dubois s'est relevé dignement de ce petit échec; il a déclaré, sans hésiter, qu'il avait été trop loin; que, mieux éclairé, il n'avait plus une opinion aussi arrêtée sur le moment précis où il fallait tenter l'opération; et justifiant ce changement d'idées :

« Serait-il bien surprenant, a-t-il dit, que, dans le cours de quatre années, de nouvelles et plus nombreuses observations m'eussent rendu moins explicite que je ne l'étais alors quant à l'époque précise à laquelle il peut être opportun de pratiquer l'avortement? »

Sur quoi nous remarquerons seulement que la discussion a eu du moins cette utilité, de faire revenir publiquement un professeur justement célèbre sur une pratique pernicieuse, et d'avertir les accoucheurs qui se seraient autorisés de son nom pour la suivre.

Cet incident tout personnel une fois vidé, la question demeurait tout entière; et il en est peu d'aussi ardues.

Est-il vrai d'abord que les vomissements chez les femmes enceintes entraînent si rarement la mort? M. Danyau en a cité un certain nombre d'exemples; deux, publiés par Dance; un troisième, par M. Forget; un quatrième, par M. Vigla; d'autres, par Ashwell, Davis, Brerchet, Maygrier, Danyau père, Johnson, Lobstein, M. Chailly, M. Rigaud; et enfin M. P. Dubois est venu dire que, pour sa part, en treize ans, il en avait rencontré vingt cas.

Que répond à cela M. Cazeaux? C'est qu'une trentaine de cas rassemblés à grand'peine, ne prouvent pas que la mort soit bien fréquente; c'est que la série de vingt cas rencontrés par M. P. Dubois, est un de ces hasards comme il s'en présente à tous les chirurgiens; c'est que Mauriceau, Delamotte, Burns, Désormeaux, n'ont jamais vu rien de semblable, et enfin M. Moreau, dans une pratique de quarante ans, n'en a rencontré que trois cas.

Nous pensons qu'en effet M. Cazeaux a raison, et que la mort par suite de vomissements dus à la grossesse sera toujours heureusement fort rare. Mais nous lui demanderons ce que cela fait à la question principale? Les rétrécissements

excessifs du bassin ne sont pas non plus bien communs ; la rareté d'une affection ne fait rien à l'indication thérapeutique ; et si une seule femme en danger de mort prochaine pouvait être sauvée par l'avortement, elle rentrerait dans la règle admise par M. Cazeaux, et son objection serait réduite à néant.

Maintenant, pourrait-elle être sauvée ? M. Cazeaux avance que les succès sont très-rares, si rares qu'il n'en connaît qu'un seul. Depuis son rapport, cependant, deux autres sont venus à sa connaissance. M. Danyau en a cité deux de Davis, trois de Robert Lee, deux autres attribués à Burns ; et enfin trois derniers cas ayant trait plutôt à l'accouchement prématuré qu'à l'avortement, les enfants étant venus au monde vivants et viables. Enfin, on peut joindre à cette liste d'autres cas où l'avortement spontané a fait cesser des vomissements qui menaçaient de devenir funestes. M. P. Dubois a ajouté à ces faits ceux que lui a fournis sa propre expérience. Sans parler des avortements spontanés, il a pratiqué quatre fois l'avortement pour des vomissements incoërcibles ; deux femmes ont succombé, peut-être parce qu'on s'était décidé trop tard ; une troisième vit ses vomissements cesser, mais succomba le seizième jour à une affection puerpérale ; la quatrième a guéri, et a eu même depuis une autre grossesse terminée favorablement.

M. Cazeaux a maintenu que ces succès étaient une exception rare ; et il s'est livré à un calcul des plus ingénieux sans doute, mais véritablement des plus dérisoires. Au total, M. P. Dubois n'a sauvé qu'une femme sur 4. M. Cazeaux ajoute un nouvel insuccès dans une opération non pratiquée, mais conseillée par M. Dubois ; donc, 1 guérison sur 5. Puis M. Dubois ne devant pas avoir été plus malheureux que nos confrères d'Outre-Manche, on doit calculer que ceux-ci auront perdu pareillement 4 femmes sur 5 ; ce qui doit donner pour les 7 succès relatés une proportion de 28 morts. Et quelle est donc, s'écrie glorieusement l'orateur, l'opération chirurgicale qui donne de pareils résultats ?

Nous ne saurions trop nous élever contre cette façon de raisonner. Une statistique réelle portant sur 35 cas ne prouverait pas encore beaucoup ; nous avons vu des séries de succès ou d'insuccès se poursuivre sur des chiffres plus considérables. Mais faire une statistique purement imaginaire, créer des insuccès à plaisir pour le besoin de la cause, et conclure, cela dépasse tout ce que s'est permis en ce genre la philosophie cartésienne. M. Cazeaux a trop de talent pour ne pas comprendre le danger de sortir ainsi de la réalité.

Nous irons plus loin ; ce calcul fictif serait plus sérieux que l'objection n'en acquerrait pas beaucoup plus de force. Nous nous plaçons, bien entendu, sur son terrain, ne tenant aucun compte du fœtus, qui d'ailleurs ici n'a pas plus de chances de salut que la mère ; et nous considérons la position de la mère comme désespérée. Une chance sur cinq, ne serait-ce pas encore une chose admirable ? La trachéotomie dans le croup était d'abord bien plus meurtrière ; à peine sauvait-on 1 opéré sur 11. Mieux comprise et pratiquée plus à propos, l'opération, en 1843, sauvait déjà 1 enfant sur 4 ; et depuis, cette proportion a été encore dépassée. La rareté des succès pèse bien peu devant une mort jugée certaine ; et les démentis que l'art reçoit quelquefois d'une nature toute puissante, n'ont pas plus de force ici que pour toutes les autres opérations.

On a vu d'ailleurs que M. P. Dubois attribue la mort de ses deux premières opérées à ce que l'opération a été pratiquée trop tard. C'est là même ce qui avait fait dire à M. P. Dubois, qu'il fallait y procéder dans la première période ; précepte plein de périls et de menaces, et qu'il a depuis répudié. Plus prudent aujourd'hui, il ne veut pas qu'on opère dans la première période, de peur de sacrifier une grossesse qui aurait pu

peut-être parvenir à son terme ; il ne veut pas non plus qu'on attende la dernière, où la vie, trop affaiblie, ne laisserait plus aucune chance de salut. Mais comment préciser le moment opportun? Il l'a essayé, et il faut bien dire qu'il n'y est pas arrivé. M. Cazeaux n'a eu nulle peine à montrer que l'indication du moment était pleine de vague et d'incertitude ; et il conclut que cette incertitude est *la négation de l'opération*.

Encore ici, il nous semble que M. Cazeaux s'est beaucoup écarté de la réalité des choses. Nombre d'opérations graves présentent les mêmes difficultés dans la pratique ; qui est-ce qui pourrait préciser le moment opportun pour l'opération de la hernie étranglée, pour la plupart de grandes amputations? La décision est laissée au jugement du chirurgien, ce qui n'emporte pas la négation de la médecine opératoire. Mais tout à coup M. Cazeaux se souvient qu'il y a là un fœtus compromis. Nous ne l'en blâmerons pas, nous qui nous arrêtons devant cette crainte dans le cas de rétrécissement extrême du bassin. Et cependant, il faut bien se demander à quoi servira au fœtus cette compassion subite. Si vous laissez la mère mourir, il est mort ; il ne s'agit plus de sacrifier une vie à l'autre ; les deux vies sont perdues, il s'agit d'en sauver une à tout prix. Et, à ce point de vue, nous serions tenté de dire avec M. P. Dubois que de ces deux indications de l'avortement, le rétrécissement du bassin ou les vomissements incoërcibles, celle que M. Cazeaux rejette est peut-être celle qui devait être le plus facilement acceptée.

Mais, nous ne saurions trop le répéter, toute conclusion formelle serait prématurée dans des questions aussi graves. Ainsi que M. Danyau, dont le langage empreint à la fois de fermeté et de réserve a fait une impression marquée sur l'Académie, nous ne voulons ni conclure que l'avortement doit être provoqué dans les vomissements incoërcibles, ni conclure qu'il ne doit pas l'être. Autre chose est de conclure froidement, sur le papier, qu'à telle circonstance donnée on devra faire l'avortement ; autre chose est la nécessité pratique, urgente, inévitable, qui sollicite à la fois le cœur et l'esprit, qui ne laisse pour se décider qu'une heure, qu'un moment, passé lequel la mort aura saisi sa double proie. C'est alors qu'au-dessus de la science s'élève la conscience de l'opérateur.

Mais alors pourquoi ne pas lever immédiatement l'interdit? Parce que tous les cas ne sont pas les mêmes ; parce que les motifs de décision ne sont pas tous pris alors dans la science, et qu'il est dangereux de fonder une règle générale sur une émotion particulière. D'ailleurs, ce mode d'argumentation, qui fait appel au sentiment, est aussi facile à rétorquer qu'un autre; et cette discussion même nous en a donné la preuve.

On se souvient que, dans la première partie du débat, M. Cazeaux, avec un vrai mouvement d'éloquence, en avait appelé *de M. Bégin philosophant tranquillement dans son cabinet, à M. Bégin placé auprès de sa femme en travail, et ayant à choisir entre l'embryotomie et l'opération césarienne* : M. P. Dubois, dont la parole froide ne connaît pas ces vives interpellations, a voulu pourtant se servir du même argument.

« Je ne crois pas, a-t-il dit, me hasarder beaucoup en affirmant que si notre collègue, M. Cazeaux, avait sous les yeux le douloureux spectacle d'une pauvre patiente, etc., etc. ; si de plus, ce qu'à Dieu ne plaise, cette patiente était sa femme ou sa fille, il serait bien malheureux.... s'il pouvait se croire lié par la règle absolue qu'il aurait trop précipitamment posée. »

M. Cazeaux a trouvé pour lui répondre un magnifique élan :

« Je l'ai vu, Monsieur, ce triste, cet affreux spectacle, et vous me rappelez une des plus cruelles soirées de ma vie. Et cependant, fort de ma conscience, convaincu que l'opération à l'aide de laquelle je tuerais le fœtus n'offrait pas

à la mère plus de chances que l'expectation, j'ai attendu. Un autre confrère a été plus hardi que moi. Dieu me garde de blâmer en rien sa conduite; je sais trop ce que de semblables situations ont de pénible; la femme a succombé!.... Je crois, et je m'empresse de le déclarer, qu'elle serait morte sans cela. Mais j'ai remercié le ciel d'avoir eu le courage de me refuser à l'opération; car peut-être elle a hâté la terminaison fatale. »

Cela est très-beau de forme; et d'ailleurs, dans tout ce débat, M. Cazeaux a fait preuve d'un talent de discussion de premier ordre. Cependant, si nous allons au fond des choses, que voyons-nous? M. Cazeaux pense que tout est perdu, femme et enfant. On lui offre une ressource pour la mère; il la rejette comme inutile. Pourquoi? Est-ce que la malade était trop épuisée? Non, car alors, il faudrait confesser que l'opération pratiquée plus tôt aurait pu être salutaire. C'est donc à cause de l'opération même. Eh bien, de son propre aveu, avec toute l'exagération de ses chiffres imaginaires, il n'était pas en droit de la déclarer impuissante; il devait lui reconnaître une chance sur cinq, et nous ne comprenons pas qu'il ait ainsi foulé aux pieds la réalité des choses. La femme a succombé: cela arrive après toutes les opérations. Et si elle avait été sauvée, ce qui s'est vu déjà au moins sept fois? Et si, morte sans opération, l'autre confrère eût remercié Dieu de n'avoir pas été le complice d'une expectation infailliblement mortelle, quelle valeur auraient eu les actions de grâces actuelles de M. Cazeaux?

Nous avons voulu mettre sous les yeux de nos lecteurs tous les éléments de cette grave discussion. Ils ont vu combien elle a présenté de difficultés et d'incertitude; de telle sorte que, ni M. Velpeau, ni M. Danyau, n'ont pu se trouver toujours d'accord avec MM. Cazeaux et P. Dubois; que M. P. Dubois, à quatre ans de distance, ne se trouve plus d'accord avec lui-même; et que M. Cazeaux, pour changer d'opinion, n'a lui-même attendu que deux ans. Une grande partie de cette obscurité réside sans doute dans la question elle-même; une autre part appartient aussi à la parfaite insouciance avec laquelle plusieurs orateurs ont traité la philosophie et la logique. Nous avons répété deux fois, à l'occasion de l'un d'eux, un mot que nous voudrions voir méditer de tous. Sous le titre fastueux de raison, c'est trop souvent l'imagination qui nous emporte, et il faut prendre garde de perdre jamais de vue la réalité.

Pharmacologie.

NOUVELLES PRÉPARATIONS DE MANGANÈSE; *par* M. BURIN DU BUISSON, *pharmacien à Lyon.* (*Suite et fin.*)

LACTATE MANGANEUX.

On obtient ce sel par les mêmes procédés que le lactate de fer. Il est sous forme de plaques d'un blanc rosé.

Sa solution, convenablement étendue d'eau et chauffée pendant une heure au bain-Marie dans un alambic fermé que l'on laisse refroidir ensuite très-lentement, laisse déposer le lactate sous forme de cristaux prismatiques rhomboïdaux. — Ce sel est plus soluble dans l'eau que que le lactate de fer; sa saveur est douceâtre et atramentaire.

Lactate de protoxyde de fer et de manganèse.

Ce sel s'obtient en décomposant du lactate de chaux par un mélange de 3 p. sulfate ferreux et 1 p. sulfate manganeux, et en opérant comme pour le lactate de fer.

Sirop de lactate de fer et de manganèse.

Lactate ferro-manganeux....	4,0
Sucre en poudre...........	16,0

Triturez ensemble et ajoutez
eau distillée............. 200,0

Dissolvez rapidement; versez la liqueur dans un matras au bain-marie, contenant :

Sucre cassé.............. 384,0

Filtrez après solution.

Ce sirop contient environ 15 centigrammes de lactate de fer et 5 centigrammes de lactate de manganèse par 30 grammes ; il remplace avec un avantage marqué tous les autres sirops ferrugineux ; son emploi commence à se généraliser à Lyon et dans tout le midi de la France.

Pastilles de lactate ferro-manganeux.

Lactate de fer et de manganèse.	20,0
Sucre fin..................	400,0
Eau......................	Q. S.

Faites des pastilles à la goutte de 0,5.

On les prescrit à la dose de 6 à 12 dans les vingt-quatre heures, contre la chlorose et les accidents qui en dépendent.

Soluté officinal de proto-iodure de fer et de manganèse, suivant la formule du docteur Dupasquier.

M. Hannon propose de préparer ce produit avec l'iode et le *manganèse métallique ;* mais comme il est très-difficile de se procurer ce dernier métal, dont le prix est, du reste, très-élevé (55 à 60 fr. les 30 gr.), nous avons dû chercher un procédé plus économique; et voici celui que nous croyons devoir proposer :

Acide tartrique............	28,00
Eau distillée..............	30,00

Dissolvez.

Hydriodate de potasse......	34,00
Eau distillée..............	30,00

Dissolvez et mêlez les deux solutions. Laissez reposer le bi-tartrate de potasse produit, et au bout de douze heures filtrez et ajoutez quantité suffisante d'eau pour obtenir 100 grammes de liquide que l'on chauffe à 35° environ ; puis l'on ajoute, par petites doses, du carbonate manganeux humide, jusqu'à ce qu'une nouvelle addition de carbonate ne cause plus d'effervescense dans le liquide ; on filtre et on lave le filtre avec Q. S. d'eau distillée pour avoir 150 grammes de soluté d'iodure manganeux. — Par l'addition du carbonate manganeux, il se précipite une nouvelle quantité de bi-tartrate potassique, plus, un peu de tartrate manganeux; mais tout l'iode reste à l'état d'iodure manganeux dans la liqueur, qui conserve seulement une légère couleur rouge-citrin due à un peu d'iode resté libre.

D'autre part, prenez :

Iode.....................	65,00
Limaille de fer très-pure...	20,00
Soluté d'iodure manganeux ci-dessus...............	150,00

On introduit d'abord l'iode, puis le soluté, et enfin le fer dans un ballon ; on agite, on porte graduellement la température à 80° environ jusqu'à décoloration complète, et on filtre sur un flacon contenant 20 à 30 grammes de tournure ou de fil de fer bien décapé ; on lave le ballon avec autres 50 grammes d'eau distillée, et l'on jette sur le filtre que l'on lave encore avec une quantité suffisante d'eau pour obtenir juste 300 grammes de produit.

On peut, avec beaucoup d'avantage, pour la conservation du produit, remplacer 30 grammes d'eau ci-dessus par parties égales de gomme et de sucre que l'on fait dissoudre dans l'eau destinée au lavage du ballon ou du filtre.

Ce soluté contient un tiers de son poids de proto-iodure de fer et de manganèse, qui sont entre eux dans la proportion environ de 3 iodure ferreux et 1 iodure manganeux.

Pour le conserver, on emploie deux flacons, dont l'un, d'une capacité de 30 à 40 grammes, et dans lequel on met quelques pointes de Paris, tenu constamment plein pour le préserver du contact de l'air, sert au détail de la pharmacie ; et l'autre, d'une grandeur indéterminée, tient le surplus du soluté iodo-ferro-manganeux, conservé sur de la tournure ou du fil de fer

comme l'indique M. Dupasquier, et destiné à remplir le premier flacon aussitôt qu'une portion quelconque de son contenu en a été retirée.

Sirop de proto-iodure de fer et de manganèse.

Soluté officinal............	6,0
Sirop blanc...............	294,0

Mêlez.

30 grammes de ce sirop contiennent 0,2 de proto-iodure ferro-manganeux.

Excellente préparation pour combattre la chlorose, les engorgements scrofuleux, les affections tuberculeuses, etc.

On le prescrit à la dose de une à trois cuillerées par jour.

Pilules d'iodure ferro-manganeux.

(*Formule des pilules de* Blancard.)

Soluté officinal............	16,00
Miel.....	5,00
Poudre absorbante.........	9,05

100 pilules. — Mêlez le miel et le soluté, évaporez d'abord rapidement, et sur la fin à une douce température, jusqu'à ce que le poids du mélange soit de de 10 grammes. Ajoutez quantité suffisante d'un mélange à parties égales de poudre de guimauve et de réglisse, environ 9,5. Divisez la masse en quatre parties égales que vous roulerez dans la poudre de fer réduit par l'hydrogène, alongez les petites masses en cylindres sur une plaque de fer et divisez chacun d'eux en 25 pilules que vous roulerez dans une nouvelle quantité de poudre de fer pour recouvrir les parties mises à nu par le pilulier. — Procédez ensuite à la seconde opération, qui consiste à recouvrir les pilules d'une couche de baume de Tolu, en opérant comme l'indique M. Blancard.

Chaque pilule contient environ 5 centigrammes d'iodure ferro-manganeux.

Ces pilules sont employées avec avantage comme un *succédané* des pilules d'iodure de fer simple et de la même manière que ces dernières. *La première semaine*, on en prend deux le matin et deux le soir; *la seconde semaine*, trois le matin et trois le soir, et on continue cette dose jusqu'à guérison. Les enfants, les personnes délicates devront commencer par une dose moins forte : une pilule le matin et une le soir, et l'augmenter graduellement dans la proportion que nous venons d'indiquer.

Nous devons ajouter en terminant que M. Pétrequin prescrit en général les préparations ferro-manganiques à des doses moins fortes qu'on ne le fait d'habitude pour le fer, et cela lui réussit parfaitement parce qu'il n'administre pas un seul produit à la fois, mais qu'il combine ensemble plusieurs préparations (comme la poudre, le chocolat, les sirops ou les pilules, etc), et enfin parce que l'adjonction du manganèse rend la médication martiale beaucoup plus efficace.

BULLETIN CLINIQUE.

LUXATION EN AVANT DE LA PREMIÈRE PHALANGE DU POUCE, *par* M. L.-S. LOMBARD, *ex-chef de clinique.*

L'observation de M. Lenoir, citée dans le numéro de mars de ce journal, me remet en mémoire une luxation que j'ai réduite en 1837. J'en extrais le récit de mes notes, sans autres additions que les réflexions qu'elle m'a suggérées. L'observation me semble plus complète et peut-être plus détaillée, tant sous le rapport du diagnostic que des difficultés qui se sont présentées pour en opérer la réduction.

Obs. — Anne Bertrand, native de Montferrier, canton de Lavelanet (Ariége), âgée de 22 ans et de haute stature, fit, le 14 janvier 1837, une chute sur la main gauche, de 3 mètres de haut, de telle sorte que tout le poids du corps, augmenté

par la vitesse de la chute, porta principalement sur la face palmaire du pouce. Une heure après l'accident, elle se présenta à ma consultation, où je consignai les détails suivants :

Face palmaire encore empreinte de terre, avec légère excoriation des doigts. Une déformation du pouce se faisait remarquer ; sa face interne regardait plus directement celle des autres doigts de la main ; et ce qui frappa le plus mon attention était un raccourcissement de toute la longueur de la première phalange, se trouvant logée dans la direction de l'éminence thénar, et ayant la tête appuyée au bord externe du troisième métacarpien.

A sa face dorsale existait une dépression en coup de hache limitée par la tête du métacarpe, qui faisait une saillie considérable, et bordée en avant de deux replis demi-circulaires formés par les téguments. La première phalange formait avec le métacarpien correspondant un angle de 60 degrés. Le diamètre antéro-postérieur du métacarpe était plus que doublé de volume par l'effet de l'enfoncement de la première phalange dans la face palmaire.

Réduction. — L'avant-bras mis en demi-pronation, les quatre doigts de la main et le poignet furent retenus par un aide, à l'effet d'immobiliser la main luxée.

Le peu de prise que présentait le pouce pour en opérer l'extension, me conduisit à l'idée de l'embrasser à l'aide d'un ruban de fil doublé, de manière à en faire un nœud coulant dans le milieu de sa longueur ; je plaçai un nœud d'attente, qu'un aide était chargé de faire glisser sur la première phalange, à mesure qu'elle se dégagerait par l'extension. Je roulai les deux chefs du ruban de fil autour de la main gauche, et tirai à grande force dans la direction de la phalange luxée. Comme je sentais que le pouce allait m'échapper, j'abandonnai ce lacs pour prendre celui qui faisait nœud coulant au milieu de la première phalange. Pendant que j'opérais l'extension, je pressais d'avant en arrière la tête du métacarpe avec le pouce de ma main droite, et en même temps je repoussais par-devers moi, à l'aide de l'index et du médius, l'extrémité de la phalange luxée.

Au moment où la tête de la première phalange allait se mettre en rapport avec celle du métacarpe, et qu'il fallait seulement la redresser pour en obtenir la complète réduction, j'éprouvai une résistance invincible qui me fit croire un moment à l'impossibilité de remettre l'os à sa place. Les muscles de l'éminence thénar s'étaient fortement contractés, et les tendons fléchisseurs du pouce formaient une corde tendue en avant de la phalange, ce qui me confirma dans l'opinion que c'était la seule cause qu'il fallait combattre. Alors j'imaginai de faire fortement basculer le pouce vers sa face dorsale, afin de lutter contre l'action musculaire ; ensuite, en combinant un léger mouvement de latéralité avec des tractions forcées, je parvins à faire remonter la tête de l'os, à la ramener au niveau de la surface articulaire qu'elle avait abandonnée, et enfin à lui faire reprendre sa direction primitive.

Deux attelles en carton antéro-postérieures et recouvertes de sparadrap, maintinrent la luxation réduite ; et dix jours après cette fille revint à ma consultation faire visiter son doigt, auquel il ne restait de sa chute qu'un léger gonflement de l'articulation métacarpo-phalangienne. J'ai revu assez souvent cette fille, aujourd'hui mariée, pour pouvoir assurer que sa guérison ne s'est jamais démentie, que cette luxation ne s'est plus reproduite, et qu'enfin elle s'est servie de son doigt avec autant de facilité que s'il ne lui était jamais arrivé d'accident.

L'observation de M. Lenoir est de l'espèce des luxations directes, et présente dès lors une grande dissemblance avec celle-ci, non-seulement sous le rapport de la chute, mais encore à cause des moyens de réduction que j'ai mis en usage. En

effet, dans celle de M. Lenoir, la main était fermée lors de la chute, tandis que dans ce cas-ci la face palmaire de la main étendue sur le sol reçut tout le poids du corps; ce qui explique pourquoi la luxation de mon opérée a été produite par cause indirecte. La face palmaire du pouce éprouva le premier choc, et celui-ci se décomposa sur les diverses articulations de la main; et ce qui donne encore plus de poids à mon assertion, est l'enfoncement total de la première phalange dans l'éminence thénar, poussée à un point tel que la tête déplacée reposait au bord externe du troisième métacarpien.

La luxation citée par M. Lenoir était loin d'avoir produit un déplacement aussi considérable; quoiqu'il n'en fasse pas mention, la nature de la chute doit faire supposer qu'il a dû en être ainsi. Il n'est nullement question de la flexion forcée en arrière, que j'ai été obligé de donner au doigt, combinée avec l'extension et les tractions latérales, à l'effet de le ramener à sa direction normale; il a, au contraire, « exagéré la flexion de cette même phalange sur le métacarpien, » manœuvre toute opposée à la mienne. C'est donc en faisant basculer le doigt sur la tête du métacarpe que j'ai pu lutter avec avantage contre la résistance que m'opposaient les muscles de l'éminence thénar et les tendons fléchisseurs du pouce. Quant aux mouvements de latéralité, ils ont assez d'analogie avec la torsion en dedans qu'a employée M. Lenoir. Ces tractions latérales m'ont paru tellement essentielles, qu'il importe beaucoup de ne pas les négliger; car les tendons fléchisseurs du pouce et les muscles de l'éminence thénar changeant de direction, relativement à la phalange luxée, offrent alors moins de résistance et augmentent ainsi les chances de réduction.

Depuis cette époque, j'ai rencontré dans ma pratique des cas de luxation des doigts de la main, je me suis toujours conduit d'après le même mode de réduction; il ne m'a jamais fait défaut. Ces observations, au nombre de quatre, se rattachant à des luxations des premières phalanges des autres doigts, présentent trop peu d'intérêt au lecteur pour devoir me dispenser de les rapporter.

HERNIE ÉTRANGLÉE A FORME ATAXIQUE; OPÉRATION; GUÉRISON; *par* M. GIRAUD, *D. M. P. à Draguignan.*

Monsieur et très-honoré confrère,

La question de la herniotomie, soulevée dans un des derniers numéros de votre excellent journal par M. Maunoir, élucidée par vous, relevée par M. Goyrand, d'Aix, m'engage à vous adresser ce nouveau cas heureux.

Vous savez combien peu l'opération des hernies *in extremis* laisse de chances de succès pour qu'on s'encourage réciproquement à agir. Dans les petites localités surtout, nous sommes presque forcés de n'opérer qu'en désespoir de cause, et je suis convaincu qu'un nombre important de faits antérieurs, bien authentiques et suivis d'un plein succès, donneraient plus de courage au chirurgien et plus d'autorité à ses paroles. Vos beaux travaux sur les hernies par engouement, qui ont inspiré le travail d'un de mes amis, votre élève, le docteur Roustan, me font espérer que vous nous donnerez le dernier mot ou au moins de bons conseils sur la marche à suivre dans l'opération des hernies étranglées à forme cholérique ou ataxique.

OBS.—Le 21 février 1852, je suis mandé auprès de la femme Rebouillon, à une heure de distance de la ville. Cette femme, âgée de soixante ans, avait depuis six jours des vomissements fréquents, une seule selle au début des accidents et des coliques assez vives. Je supposai et trouvai en effet à mon arrivée une *tumeur herniaire* siégeant dans le pli cruro-inguinal gauche: la hernie datait de quinze ans et avait souvent amené des coliques, qui étaient calmées par le repos au lit pendant vingt-quatre ou trente-six heures au plus.

J'ordonnai mille moyens divers pendant quatre jours : taxis, — belladone, — huile de ricin, — huile de croton à haute dose, — tabac, etc., tout échoua.

Le 24, après avoir fait appliquer de la glace sur la tumeur, je dis aux parents que l'opération, dont je leur avais parlé, était indispensable, et que le lendemain j'arriverais avec un de mes confrères pour la pratiquer, si la hernie ne pouvait être réduite par le taxis.

Le 25, la tumeur, auparavant rénitente et large, avait diminué d'étendue, était plus flasque, et les vomissements moins fréquents. Pas de selles. L'ancien médecin ordinaire de la malade, le docteur Blanc, chirurgien-major en retraite, nous fut adjoint, et nous différâmes l'opération à la suite d'un malentendu entre ce confrère et moi ; nous ne revîmes la malade que le 2 mars, seize jours après l'invasion de l'étranglement. Ce jour-là la scène avait changé.

Vomissements de matières fécales, pouls fréquent et filiforme, facies grippé, rougeur livide aux pommettes, malaise et insensibilité générale, subdelirium, réponses lentes, pas de selles, impossibilité de prendre un liquide quelconque sans vomissements, ventre souple et indolore; peau couverte d'une sueur rare et froide; tumeur flasque et presque indolore. Le docteur Blanc et moi hésitions à opérer, tout en reconnaissant que la herniotomie seule pouvait sauver la malade. Nous fîmes part de nos craintes aux parents de cette malheureuse femme, en insistant sur la nécessité de l'opération ; on nous laissa libres d'agir.

J'opérai donc sans employer aucun agent anesthésique. Je découvris la hernie par une incision parallèle au pli de l'aine ; je rencontrai beaucoup de tissu graisseux et des adhérences nombreuses entre le sac et le tissu cellulaire ambiant, qui, à sa partie supérieure, était comme parcheminé et formait une seconde enveloppe à l'intestin. Il y avait plusieurs adhérences entre le sac et l'intestin hernié et peu de sérosité. La hernie était formée par une anse intestinale fortement serrée par l'anneau interne du canal inguinal, qui, du reste, était en ligne directe de l'anneau externe et n'en était séparé que par un intervalle de 4 à 5 millimètres. Il n'y avait pas d'épiploon. Je débridai directement en haut, comme le conseillent Scarpa, Dupuytren et vous-même dans votre ouvrage de médecine opératoire. Je n'éprouvai aucune difficulté pour faire rentrer la hernie. J'excisai le tissu adipeux, détruisis toutes les adhérences autant que faire se pouvait et pansai à plat. (Spica.) La malade n'a presque pas accusé de douleur. — *Potion tonique et stimulante; bouillons; sinapismes.*

3 *mars*. Même état général; trois selles, odeur suspecte de la plaie, pâleur des téguments.— *Même potion; lotions au chlorure de chaux; pansement avec la pommade à l'extrait de quinquina.*

4 *mars*. Une selle. L'état général s'aggrave; même odeur de la plaie; mille points noirâtres se montrent au fond; la gangrène envahit peu à peu tous les tissus cellulaire et adipeux les jours suivants, mais elle se limite ; l'état général devient meilleur à partir du 7, et le 15 j'enlève un tampon gangréneux, compacte, de la grosseur d'un œuf de poule, et qui me laisse apercevoir une plaie nette, rosée, qui se ferme avec une grande célérité.

25 *mars*. Toutes les fonctions s'exécutent bien. La malade se lève et la plaie superficielle et réduite aux trois quarts va se fermer.

Il ressort évidemment de ce fait qu'on doit opérer même *in extremis,* puisque, malgré cette tendance à l'état gangréneux qui s'est traduit d'une manière éclatante, nous avons obtenu un heureux résultat, et qu'il ne peut y avoir, comme vous l'aviez prévu, comme première condition de succès dans les cas de ce genre, que l'opération ou le débridement à opposer.

Agréez, etc.

GIRAUD, D. M. P.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA CURE RADICALE DU VARICOCÈLE, *par l'enroulement des veines du cordon spermatique;* par le docteur VIDAL (de Cassis); (2e édition) (1).

Il y a bientôt dix ans, M. Vidal de Cassis présenta à l'Académie de médecine un travail contenant un nouveau procédé opératoire pour la *cure radicale du varicocèle,* par l'enroulement des veines du cordon spermatique. C'est la seconde édition de ce Mémoire, depuis longtemps épuisée, que l'auteur publie aujourd'hui, augmentée d'un nombre considérable de faits à l'appui de sa méthode, et d'une réponse à quelques objections à l'aide desquelles on avait essayé de la combattre.

Le procédé opératoire de M. Vidal est trop connu pour qu'il soit nécessaire de le décrire ici. On sait qu'il commence par isoler avec soin les veines du cordon, qu'il les embrasse entre deux fils d'argent d'inégale grosseur, au moyen desquels il traverse la peau, et qu'il tord l'un sur l'autre avec force de manière à former un bourrelet comprenant les veines spermatiques d'abord, roulées sur elles-mêmes à plusieurs reprises, et plusieurs épaisseurs de la peau du scrotum. De cette façon, les veines spermatiques se trouvent divisées dans plusieurs points de leur longueur, ce qui en rend l'oblitération bien plus certaine et plus complète, et la circulation collatérale ne peut se rétablir par les veines de la peau, qui sont également coupées et oblitérées par la constriction des fils; d'où guérison absolue et définitive. Et en effet, sur plus de deux cent cinquante faits de varicocèle opérés par lui, M. Vidal affirme n'avoir pas vu une seule fois la maladie se reproduire.

Les trois objections capitales faites à l'auteur ont été les suivantes: 1° le peu d'inconvénient de la maladie; 2° les dangers de l'opération; 3° l'insuffisance de celle-ci accusée par les récidives de la maladie. Ces trois objections ont une telle connexité qu'il faut, ou les lever toutes, ou se déclarer vaincu et conseiller la *cure palliative*, c'est-à-dire la résignation, procédé très-philosophique, mais qui ne va pas à tous les caractères, dit l'auteur.

La plus puissante de ces objections est évidemment celle qui porte sur les dangers de l'opération. Or, c'est précisément l'innocuité absolue de l'opération faite par sa méthode que M. Vidal dit se trouver en mesure d'établir, puisque, sur plus de deux cent cinquante faits qu'il possède, il n'a pas une seule fois observé un accident sérieux. Et quand dans un problème de médecine opératoire, ajoute-t-il avec raison, on peut tout d'abord éloigner l'idée du danger de l'opération, les dangers de la maladie n'ont pas besoin d'être aussi directs, ni aussi physiques pour qu'on se décide à agir.

Les dangers de l'opération signalés par les adversaires de M. Vidal sont d'abord, *la phlébite.* Mais la phlébite est, de l'aveu de tous les chirurgiens, une conséquence très-rare de l'opération du varicocèle en général; puis, pas une seule fois, elle n'est survenue après l'enroulement. Bien plus, quelques-uns des opérés de M. Vidal ont été pris, pendant que les fils coupaient les veines, de maladies graves, l'un de variole, l'autre d'une fièvre typhoïde, qui n'ont en rien aggravé les suites de l'opération.

Un chirurgien distingué, M. Bonnet, de Lyon, a paru craindre l'hémorragie, et

(1) In-8° chez J.-B. Baillière.

a rappelé un fait dans lequel M. Vidal, voulant hâter la guérison, a pratiqué avec le bistouri, au bout de quelques jours, la section du *pont* formé par les tissus compris entre les fils métalliques. Dans ce cas, en effet, il y eut une petite hémorragie ; mais on peut répondre à cette objection que la section des tissus avec l'instrument tranchant ne fait pas partie du manuel opératoire décrit par l'auteur, et que si le chirurgien, trop impatient, eût laissé aux fils le temps nécessaire pour opérer eux-mêmes la division qu'ils déterminent forcément, il n'y eût pas eu d'hémorragie. *Non crimen artis, si quod professoris est;* ce n'a point été là la faute du procédé, mais celle de l'opérateur, qui n'a pas, depuis lors, renouvelé cette tentative.

Quant aux récidives, la théorie semblerait indiquer qu'elles sont impossibles, puisque les veines sont forcément oblitérées par suite de leur division; toutefois, comme la section des veines a lieu dans d'autres procédés après lesquels on a vu revenir le varicocèle, c'est une question qui ne peut être résolue que par des observations suffisamment nombreuses de sujets revus longtemps après leur guérison apparente ou réelle; et nous ne sommes pas en mesure de la résoudre pour le moment.

Le seul reproche à peu près sérieux que l'on pourrait adresser à l'enroulement serait la persistance d'une cicatrice assez volumineuse, en forme de nodosité ; mais cette nodosité diminue de plus en plus, à mesure que l'on s'éloigne du moment où a été faite l'opération, et finit par disparaître presque complétement.

Ajoutons enfin que l'enroulement a déjà été appliqué avec succès par diverses notabilités chirurgicales, MM. Jobert, Maisonneuve, Huguier, J. Roux de Toulon, le professeur Roux, etc.

A. F.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — 19 *avril.* — *M. Marchal de Calvi* adresse une note *sur le degré de nutritivité des viandes.* Il a pris 20 grammes de chacune des viandes suivantes : porc, bœuf, mouton, poulet, veau, en ne gardant que la chair musculaire, et les a fait évaporer au bain-marie pendant plusieurs jours. D'après le résidu, les viandes seraient rangées dans cet ordre : porc, bœuf, mouton, poulet, veau. Mais en éliminant du résidu les substances grasses à l'aide de l'éther, elles se trouvent rangées dans l'ordre suivant, qui serait, selon M. Marchal, l'*ordre de nutritivité* : — bœuf, poulet, porc, mouton, veau. — Nous pensons qu'il manque à cette conclusion une sanction indispensable, savoir, celle de l'estomac.

— *M. Gros* adresse une *note sur l'anatomie du cristallin et de sa capsule.* Selon lui, la capsule adhère intimement au cristallin par un réseau celluleux qui est la véritable matrice de cet organe ; et l'humeur de Morgagni n'existe pas. M. Gros révoque en doute l'opacité de la capsule même ; et pense que les opacités qu'on lui attribue sont en dehors ou en dedans de cette membrane.

26 *avril.* — L'Académie procède à la nomination d'un membre titulaire dans la section de zoologie et anatomie. Cette nomination a eu un intérêt spécial pour la médecine. La section avait proposé six zoologistes purs ; l'Academie a adjoint à la liste deux physiologistes, MM. Cl. Bernard et Longet. Au premier tour, sur 58 votants, M. Quatrefages, porté en première ligne par la section, a eu 20 voix ; —M. Cl. Bernard, 18;—M. Longet, 7.—Au second tour, M. Quatrefages a eu

29 voix; M. Bernard, 25. — Enfin, un scrutin de ballotage a donné 31 voix à M. Quatrefages; à M. Bernard, 24. On voit que l'élection a été chaudement disputée, et semble promettre prochainement un plein succès aux physiologistes.

3 *mai.* — *M. Girbal* adresse des observations *sur l'emploi de l'acide arsénieux dans les fièvres intermittentes.*

— *M. Sédillot* adresse un Mémoire sur les merveilleux effets de l'*eau de M. Pagliari*, pharmacien à Rome; laquelle eau arrête les hémorragies et hâte la cicatrisation.

Académie de médecine. — 20 *avril.* — *M. Charrière* adresse une note sur un nouveau système d'articulation des ciseaux et autres instruments à branches. Cette nouvelle forme de ciseaux est déjà adoptée par la plupart des chirurgiens.

— *M. Champouillon* communique deux observations de gangrène partielle des orteils, venant compliquer le diabète, complication signalée pour la première fois par M. Marchal de Calvi.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements. Au premier tour de scrutin, sur 90 votants :

M. Depaul a eu...........	33	voix.
M. Lenoir.................	31	—
M. Devilliers..............	14	—
M. Jacquemier............	12	—

Au second tour, M. Depaul, sur 89 votants, ayant réuni 48 voix, a été proclamé membre de l'Académie.

— *M. Barrier* (de Lyon) lit une observation de *Renversement de l'utérus réduit heureusement au bout de quinze mois.* — Comm. : MM. P. Dubois et Danyau.

— *M. Hervez de Chégoin* lit un rapport sur un Mémoire de M. Mayer, relatif *au traitement des leucorrhées par des scarifications multiples.* (Nous avons publié ce Mémoire dans le précédent numéro.) — Remercîments et inscription sur la liste des candidats aux places de correspondants.

— *M. Maisonneuve* présente un malade sur lequel il a enlevé une tumeur volumineuse des fosses nasales moyennant l'extirpation du maxillaire supérieur. Cet os a été remplacé par un obturateur auquel les dents du malade lui-même ont été adaptées.

27 *avril.* — M. le président annonce qu'il a une place vacante dans la section de médecine vétérinaire, par suite des décès de MM. Barthélemy, Honoré et Girard.

— *M. Lacauchie* lit un Mémoire intitulé : *Etudes sur divers points de l'appareil génito-urinaire de l'homme, du cheval, du bœuf, du porc et du chien.* — Comm. : MM. Delafond, Cruveilhier et Rayer.

— *M. Landouzy* (de Reims) communique verbalement une observation de pellagre sporadique, observée à Reims; et une autre de gangrène des membres inférieurs, à la suite du diabète.

— *M. Lecanu* fait un rapport sur un Mémoire de M. Burin Dubuisson, relatif aux *préparations de manganèse.* (Voir à la pharmacologie.) — Dépôt aux archives, et renvoi de la partie physiologique du Mémoire au comité de publication.

— *M. Hutin*, chirurgien en chef des Invalides, communique l'observation d'un vieux soldat qui, ayant reçu à Iéna, en 1806, un coup de sabre sur le sommet du crâne, est mort récemment, ayant présenté dix jours avant sa mort une tumeur sanguine près de sa vieille cicatrice. C'était une esquille tranchante qui, au bout de quarante-six ans, avait perforé le sinus longitudinal supérieur, et donné lieu à l'épanchement de sang.

— *M. Marchal de Calvi* présente un individu qui porte deux méats urinaires. Le méat supérieur, qui touche presque la couronne du gland, est l'ouverture d'un canal long de 78 millimètres, qui s'étend le long de la face dorsale de la verge jusqu'aux pubis, entre la peau et les corps caverneux, sans communication avec la vessie ni avec l'urètre véritable. Le sujet a eu une chaude-pisse qui a affecté les deux canaux.

4 *mai.* — *M. Boulet,* vétérinaire à Chartres, lit, au nom de l'association médicale d'Eure-et-Loir, un *Mémoire sur la contagion des maladies charbonneuses.* La conclusion la plus saillante est que la pustule maligne de l'homme se transmet par inoculation au mouton, mais ne se transmet ni au cheval, ni à la vache, ni au lapin.

— *M. Bouley,* professeur à l'Ecole d'Alfort, lit un compte rendu d'expériences, desquelles il ressort que l'absorption stomacale n'est pas sous l'influence du pneumo-gastrique.

— *M. Lunier* donne lecture de *Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la médication bromo-iodurée.*

— *M. Dubouloz* lit un Mémoire sur les eaux de Coze, en Savoie. Ces eaux sont iodurées et guérissent le goître endémique avec une grande facilité.

11 *mai.* — *M. Huzard* lit un rapport sur un Mémoire de M. Laroche relatif à l'épizootie des moutons en 1836, 1837 et 1838.

— *M. Reynal,* chef de clinique à l'Ecole d'Alfort, lit un *Essai monographique sur le tournis des bêtes ovines.*

— M. le directeur des Beaux-Arts a annoncé à l'Académie, dans la séance du 11 mai, que le ministre de l'intérieur a chargé M. Gueyrard d'exécuter en marbre, pour en décorer la salle de ses séances, le buste de Pariset.

— Dans la séance du 13 avril, M. le secrétaire perpétuel a soumis à l'Académie de médecine la proposition de publier un sixième volume in-4° des *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie.* Il n'y aurait qu'un simple choix à faire dans les Mémoires manuscrits de cette célèbre Société. Déjà, pour la partie historique, on peut annoncer qu'elle contiendra vingt-quatre éloges inédits de Louis. L'Académie a adopté cette proposition, et nommé pour veiller à cette publication une commission ainsi composée : MM. Duval, Roux, Bégin, Malgaigne et Dubois (d'Amiens).

VARIÉTÉS.

Prix proposés par l'Académie des sciences.

Grand prix des sciences physiques pour 1853. « Faire connaître, par des observations directes et des expériences, le mode de développement des vers intestinaux et celui de leur transmission d'un animal à un autre; appliquer à la détermination de leurs affinités naturelles les faits anatomiques et physiologiqnes ainsi constatés. »

L'Académie désirerait que la question fût traitée d'une manière comparative pour les principaux groupes naturels que Cuvier rangeait dans la classe des vers intestinaux; mais, à défaut d'un travail général, elle pourrait couronner des recherches qui porteraient seulement sur le mode de propagation et de développement des cestoïdes et des trématodes.

Les Mémoires devront être accompagnés de dessins et de pièces zoologiques

justificatives. Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr. — Limite du concours, 1er avril 1853.

Prix de physiologie expérimentale, fondé par M. de Montyon.—A décerner chaque année à l'ouvrage imprimé ou manuscrit qui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale. Valeur, 895 fr. — Limite, 1er avril.

Divers prix du legs Montyon. — Il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'*art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.*

Le nombre des prix n'étant pas déterminé, leur valeur ne peut être indiquée d'avance avec précision ; mais les libéralités du fondateur ont donné à l'Académie les moyens d'élever ces prix à une valeur considérable. — Limite du concours, 1er avril.

A quoi servent les petits prix de l'Institut.

— Nous avons publié dans notre dernier numéro, la liste des prix et des récompenses décernés par l'Académie des sciences. C'est une belle mission que possèdent nos Académies de rémunérer ainsi les découvertes utiles, d'encourager les talents sérieux, et, outre les avantages matériels de ces justes récompenses, de dispenser, à qui la mérite, une loyale part de renommée. Malheureusement, il n'est pas d'institution humaine et salutaire dont on ne puisse abuser ; et il est arrivé plus d'une fois que l'or de la couronne mise sur la tête du savant n'a servi qu'à construire un piédestal pour l'industriel. Les appréciations des commissions académiques sont réservées ; l'éloge y est contenu dans de prudentes limites ; cela ne suffit pas pour certains estomacs robustes qui peuvent digérer l'encens le plus épais, pour des oreilles à qui les cymbales et la grosse caisse des carrefours paraissent à peine assez retentissantes. On s'adresse alors à certains journaux politiques de la plus complaisante publicité; grands entrepreneurs de renommée, distributeurs de célébrité ; j'entends d'une renommée fructueuse, d'une célébrité utile ; le tout gratuitement, comme on sait, et pour le pur amour de la science ; et c'est ainsi que le public médical parcourt avec dégoût des réclames nauséabondes, qui ne sont pas toutefois sans influence sur un autre public.

On peut voir dans la *Revue médico-chirurgicale*, 1848, t. IV, p. 322, *à quoi servent certains grands prix de l'Institut*, et l'on n'a pas encore oublié sans doute les vingt-huits points d'admiration de l'abbé Moigno. Mais il n'y a si petit prix qui ne puisse avoir aussi son utilité. *La Presse* (nous parlons du journal) s'est mise à l'œuvre, en 1852 comme en 1848, pour le faire convenablement valoir. Il y a tout un feuilleton de quinze colonnes pour dire tout ce qui manque au rapport de l'Institut. Vous y verrez comment l'orthopédie est un édifice dont *déjà les fondements sont jetés, et dont on peut apprécier la babylonienne étendue, la sublime ordonnance.* M. J. G. est *le fondateur de la science, et le principal inventeur de l'art.* J'en passe, et des meilleurs ; mais la fin du feuilleton est le sublime du genre admiratif, et dépasse de beaucoup les vingt-huit points de l'abbé Moigno.

« Un seul sujet, dit le lyrique rédacteur, a envahi tout notre feuilleton, et nous avons laissé quelques faits en arrière. On nous le pardonnera. Quand *un grand* passe dans la rue, charrettes et carrosses s'arrêtent pour laisser défiler son cortége; nous avons trouvé sur notre chemin *un de nos princes légitimes, un fondateur de science; le convoi de fourrages* défilera dans le feuilleton de dimanche prochain. »

Le *convoi de fourrages* est tout à fait galant pour ceux qui s'y trouvent compris. Et, par exemple, en quelques mots, l'auteur consent à extraire de ce convoi la découverte d'une nouvelle planète. Quelle botte de foin! *Cela devient vulgaire, sans cesser d'être intéressant* (textuel).

Nous ne lisons guère *la Presse*, et nous devons la communication de ce rare morceau d'éloquence à un honorable confrère qui s'en montrait indigné outre mesure. Est-ce là, disait-il, l'exemple que devraient donner des hommes connus dans la science, et qui siégent sur les bancs d'une grande Académie? Qu'un modeste praticien, tenté souvent par la misère, distribue quelques cartes chez ses voisins, il sera mis au ban de la profession; et à d'autres qui n'ont pas son excuse, on passera l'annonce et la réclame? Et la presse médicale se taira! *O tempora! ô mores!* Ah! si Molière vivait!

Mon bon ami, Molière est mort; mais son œuvre reste; et que dirait-il de plus que ce qu'il a dit?

GARÇON TAILLEUR.

Mon gentilhomme, donnez, s'il vous plait, aux garçons quelque chose pour boire.

M. JOURDAIN.

Mon gentilhomme! Voilà ce que c'est de se mettre en personne de qualité!.... Tenez, voilà pour Mon gentilhomme.

GARÇON TAILLEUR.

Monseigneur, nous vous sommes bien obligés.

M. JOURDAIN.

Monseigneur! Oh! oh! oh! Monseigneur! Attendez, mon ami; Monseigneur mérite bien quelque chose, et ce n'est pas une petite parole que Monseigneur! Tenez, voilà ce que Monseigneur vous donne.

GARÇON TAILLEUR.

Monseigneur, nous allons tous boire à la santé de Votre Grandeur.

M. JOURDAIN.

Votre Grandeur! Oh! oh! oh! Attendez; ne vous en allez pas. A moi, Votre Grandeur! (*bas, à part*) Ma foi, s'il va jusqu'à l'Altesse, il aura toute la bourse.

Le garçon tailleur n'alla pas jusqu'à l'altesse; c'était un niais. Niais aussi fut M. Jourdain, de ne pas exprimer tout haut son désir; il aurait été servi à souhait, moyennant la bourse. On s'entend mieux aujourd'hui; aussi se voit-on qualifier en plein feuilleton de *prince*, et qui plus est, de *prince légitime!*

« Mon gentilhomme, donnez, s'il vous plaît, aux garçons quelque chose pour boire. »

— A la suite du concours pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central, le jury a nommé MM. Demarquay et A. Richard.

— M. Dumas, obligé d'opter entre ses deux chaires de professeur, a donné sa démission de professeur de chimie organique à la Faculté de médecine de Paris.

Il est à craindre qu'une autre chaire ne soit aussi déclarée vacante à la même Faculté, M. Chomel n'ayant pas voulu prêter le serment exigé par la Constitution.

Paris, impr. de Paul Dupont, rue de Grenelle-Saint-Honoré, 45.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

JUIN 1852.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Physiologie pathologique et traitement des maladies chroniques du cœur; *lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 27 mai 1852, par* **M. Monneret**, *agrégé honoraire de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.*

Je me suis proposé, dans un précédent Mémoire (1), de ramener le diagnostic des maladies du cœur à des éléments simples et faciles à saisir; dans celui-ci, je m'attacherai surtout à retracer le mode de production des phénomènes pathologiques et les indications sur lesquelles doit reposer le traitement. Il faut reconnaître que cette partie de leur étude a été singulièrement négligée depuis que l'attention des observateurs est uniquement absorbée par le diagnostic et l'anatomie pathologique des maladies. Il est absolument nécessaire de sortir de cette voie stérile, si l'on veut instituer une thérapeutique efficace et revenir aux données plus certaines qui découlent de la simple observation des symptômes et des troubles dynamiques dont le système vasculaire est le siége. La première partie de mon Mémoire est consacrée à quelques points de physiologie pathologique; la seconde au traitement des maladies du cœur.

1° *Physiologie pathologique.* — Une remarque préliminaire doit être présentée d'abord. On dit généralement que la thérapeutique ne peut

(1) *Revue Médico-Chirurgicale*, t. VIII, p. 6 et 67, 1850.

avoir de plus ferme appui que la connaissance du siége et de la nature des lésions. Je souscris volontiers à cette proposition formulée d'une manière aussi générale ; mais je la crois moins applicable aux maladies du cœur qu'à toutes les autres. Ceux qui estiment le plus, et avec juste raison, l'anatomie pathologique, sont forcés de convenir qu'il n'est pas un viscère dont les maladies aient été soumises à plus d'investigations de toute espèce que le cœur ; et, cependant, il faut encore répéter avec Corvisart qu'elles sont incurables : *hæret lateri lethalis arundo*. J'ai montré, dans un autre travail, que le siége, la forme et la nature de la lésion valvulaire constituent des sources fort contestables d'indications thérapeutiques (*Mém. cité*). Je vais maintenant chercher à établir que le trouble mécanique et dynamique du cœur et des capillaires qui se distribuent aux différents viscères doit servir de guide au médecin dans le choix du traitement.

Prenons la maladie du cœur à son origine. A cette époque, lors même que la lésion valvulaire et l'hypertrophie cardiaque se révèlent par des signes physiques et locaux évidents, le trouble des autres fonctions est léger et même nul, parce que la lésion matérielle est contre-balancée par l'exercice normal de la contraction cardiaque et l'intégrité des fonctions des appareils respiratoire, hépatique et rénal. Tant que l'antagonisme entre l'obstacle matériel et la contraction synergique du cœur et des capillaires reste établi au profit de cette dernière, les symptômes congestionnels ne se développent pas. Après un temps variable, la débilité des capillaires ou l'affaiblissement du cœur déterminent presque exclusivement tous les troubles que l'on voit paraître. Il importe d'en bien connaître les causes, qui sont l'état dynamique et l'altération matérielle du système vasculaire.

Le cœur, pour surmonter l'obstacle qui ralentit les effets de la propulsion saccadée, s'hypertrophie, et en même temps son énergie fonctionnelle augmente ; à chaque cause nouvelle de retardation du sang, les mêmes changements surviennent, et il en résulte un état mixte tout à la fois matériel et vital, organique et dynamique, que Corvisart appelle l'*anévrisme actif*, pour indiquer l'agrandissement des cavités, l'hypertrophie du tissu musculaire et l'accroissement de sa contractilité. Si, au contraire, les muscles cardiaques, d'abord hypertrophiés, s'affaiblissent et ne peuvent plus surmonter l'obstacle, les cavités s'agrandissent, et l'on voit se constituer la maladie que Corvisart désigne par le nom d'*anévrisme passif*.

Je n'hésite pas à déclarer que la division proposée par cet auteur est bien préférable à celle qui partage les affections du cœur en hypertrophie et en dilatation. Les motifs qui légitiment sinon l'expression, du moins le sens dans lequel Corvisart a employé les dénominations d'anévrismes, me paraissent assez décisifs. Il est presque impossible de dire pendant la vie si la lésion que l'on observe est une hypertrophie simple, excentrique ou concentrique, ou une dilatation du cœur ; et, quand on est assez heureux pour y parvenir, on ne fait, en définitive, que répéter

implicitement avec Corvisart que l'anévrisme est actif ou passif. C'est là, en effet, tout ce qui intéresse le médecin. Il lui importe de savoir si le cœur hypertrophié se contracte avec trop de violence ou trop faiblement ; s'il réagit fortement sur le sang contenu dans ses cavités, ou s'il se laisse distendre et amincir, afin de modérer ou de relever l'état dynamique du cœur.

Du reste, une fois cette connaissance acquise, il faut encore s'assurer que la retardation du sang ne tient pas à l'adynamie primitive des capillaires sanguins, et particulièrement de ceux du poumon, du foie, et des vaisseaux sous-cutanés. Souvent cette faiblesse qui amène l'hypérémie commence dans les parenchymes viscéraux, sous l'empire d'une cause locale, ou ne fait que traduire un état général de tout l'organisme. C'est à distinguer ces trois causes de retardation du sang que doit s'attacher le praticien, afin d'agir en conséquence dans le traitement de la maladie.

Un malade contracte une bronchite, ou bien un catarrhe chronique dont il est affecté repasse à l'état aigu ; on voit alors paraître tous les symptômes de la maladie du cœur, les congestions se développer de proche en proche dans le poumon, le foie, les capillaires généraux, et les hydropisies les suivre bientôt. Voilà une source fréquente de congestions chez les anévrismatiques. Les tubercules pulmonaires, un épanchement pleural, une pneumonie en sont plus rarement le point de départ. Chez celui-ci, la débilité est d'abord générale, causée par l'anémie, une hémorragie, des privations, et bientôt, le cœur participant à la débilité, tous les symptômes de l'affection cardiaque qui existait déjà se manifestent. Enfin, chez d'autres, les congestions passives liées à la maladie du cœur, et qui se sont reproduites un certain nombre de fois, laissent les capillaires affaiblis, se reforment à la moindre occasion, et deviennent l'origine d'autres congestions qui se terminent d'une manière fatale, après un nombre variable de récidives.

En résumé, les hypérémies viscérales, qui sont l'unique cause des divers états morbides que l'on observe dans les maladies du cœur, tiennent elles-mêmes, 1° à l'intensité croissante de la lésion valvulaire et de l'hypertrophie cardiaque ; 2° à l'affaiblissement des muscles cardiaques ; 3° à la retardation primitive du sang dans les parenchymes, quelle qu'en soit la cause ; 4° ou à la débilité générale du système nerveux. C'est sur ces quatre ordres de lésions et de troubles fonctionnels que doit reposer tout le traitement. L'exposé rapide des désordres qui tiennent aux troubles mécaniques et dynamiques de la circulation conduira naturellement aux indications thérapeutiques.

Les premiers symptômes qui se manifestent ont leur siége dans l'appareil respiratoire, et consistent en une dyspnée faible d'abord et intermittente, plus tard continue à différents degrés et exacerbante. La membrane muqueuse des bronches est la première qui subit l'hypérémie mécanique, parce que c'est d'abord sur elle que se fait sentir la retardation du sang, causée par la maladie du cœur gauche. Cette hypé-

rémie y détermine quelques-unes des formes du catarrhe chronique, et ce n'est qu'après plusieurs attaques de dyspnée symptomatique de cette lésion que la congestion finit par persister à différents degrés, par s'étendre aux bronches de petit calibre, et par provoquer tous les signes de la maladie que l'on a désignée improprement sous le nom d'*œdème pulmonaire*. L'emphysème est aussi l'effet plus ou moins indirect de la congestion bronchique et pulmonaire. Celle-ci se termine dans quelques cas par une hémoptysie et par diverses formes d'apoplexie pulmonaire, dont M. Bricheteau rapporte de curieux exemples dans la description qu'il vient de donner des congestions sanguines chroniques des poumons (1).

Née sous l'empire de la diminution de la *vis à tergo* et de l'affaiblissement des capillaires, la congestion bronchique est en partie passive, en partie dynamique, et s'étend aux deux poumons ; elle est accompagnée, tantôt de tuméfaction de la membrane muqueuse sans sécrétion, tantôt, au contraire, d'un flux visqueux et tenace, ou muqueux, séreux et très-fluide. Ainsi s'expliquent les symptômes si variables du catarrhe bronchique, la nature diverse des liquides expectorés, des ronchus sibilants, sous-crépitants, à fines et à grosses bulles, l'intensité de la dyspnée, ses formes si variées ; en un mot, la physionomie mobile et changeante de la congestion bronchique à laquelle on a imposé tour à tour les noms de *bronchite aiguë* et *chronique*, de *catarrhe*, d'*asthme* et d'*œdème pulmonaire*. Cette congestion n'est, en définitive, que l'effet de toutes les causes qui agissent en retardant le cours du sang : position déclive, faiblesse générale, maladies intercurrentes, surtout des poumons, énergie momentanément diminuée du cœur, traitement tonique ou débilitant ; telles sont les causes qui donnent à la congestion bronchique une forme diversifiée, mais dont le fond est toujours identique. Il faut que le praticien s'habitue à la reconnaître à travers tous les symptômes et tous les noms de maladie par lesquels on l'a désignée. Elle a d'ailleurs, comme je le montrerai plus loin, des caractères tout à fait différents de ceux qui appartiennent à la congestion inflammatoire.

J'ai souvent cherché à pénétrer la cause pour laquelle la congestion affecte en premier lieu la membrane muqueuse des bronches, de préférence aux vaisseaux des membres plus capables cependant d'accuser par de l'œdème la moindre diminution survenue dans la *vis à tergo*. Je suis porté à la faire provenir d'une disposition toute anatomique des vaisseaux, à laquelle on n'a pas pris garde. La veine bronchique droite se jette dans la veine azygos, et celle du côté opposé dans la veine intercostale supérieure gauche, en sorte que le premier effet du trouble de la circulation cardiaque doit être ressenti par les vaisseaux des bronches, qui sont de tous les capillaires les plus rapprochés de l'obstacle cardiaque. De plus, la circulation des veines pulmonaires est gênée à

---

(1) *Traité sur les maladies chroniques qui ont leur siége dans les organes de l'appareil respiratoire*, page 555, in-8°, — Paris, 1852.

différents degrés et de très-bonne heure; or, comme un certain nombre de rameaux des veines bronchiques s'y jettent directement, on peut encore expliquer par cette gêne celle qui survient immédiatement et de très-bonne heure dans les vaisseaux des bronches. Les flux divers et la tuméfaction de la membrane interne des bronches sont pour la membrane muqueuse la reproduction exacte de l'anasarque, et de la distension des capillaires pour la surface cutanée.

Après la congestion bronchique, paraît ordinairement l'hypérémie pulmonaire, qui précède et commande les autres congestions viscérales, celle du foie, des reins et des membranes séreuses plus spécialement. Il est assez remarquable de voir cette congestion n'offrir qu'une intensité moyenne, altérer sans doute fortement les fonctions d'hématose, en raison du ralentissement que subit le sang dans les vaisseaux cardiaco-pulmonaires, mais n'aboutir que rarement à l'hémorragie interstitielle, à la véritable apoplexie pulmonaire, qu'il ne faut pas confondre avec l'engouement et la splénisation qui sont très-communs.

Les lésions et symptômes dont les organes autres que le poumon deviennent le siége, sont de même nature, et se résument en une congestion sanguine et des sécrétions séro-muqueuse ou spéciale auxquelles l'inflammation est complétement étrangère. Sur le tégument externe et dans le tissu cellulaire général, la dilatation des veines et des capillaires, l'hydropisie, la teinte bleue de la peau, intense surtout à l'entrée des orifices, témoignent de la stase du sang. Il en est de même de l'abaissement de la température aux extrémités.

Dans le foie, l'hypérémie rend plus évidente la partie rouge ou vasculaire du tissu congestionné, sans que la sécrétion de la bile en soit notablement troublée. On a donné fort mal à propos le nom de cirrhose à cette hypérémie, ordinairement développée dans les derniers temps de la maladie.

Les reins se congestionnent fréquemment et de la même manière. L'albumine se sépare alors de la sérosité du sang, se mêle à l'urine et lui donne des qualités spéciales. On ne trouve après la mort que les caractères d'une simple congestion des reins, et l'on a peine à comprendre la dénomination de néphrite imposée à une maladie qui diffère autant de l'inflammation que l'hypérémie du foie de l'hépatite.

Dans une période ultime ou plus avancée, les vaisseaux et les sinus des méninges, le cerveau lui-même se congestionnent. Les malades se plaignent de céphalalgie, de trouble des sens, de vertiges, tombent dans la somnolence et un assoupissement qui se prolonge souvent jusqu'à la mort.

Le sang plus noir, plus visqueux, moins bien élaboré par l'acte respiratoire et dans les parenchymes, n'a plus des propriétés aussi stimulantes, et cette altération devient une cause nouvelle et sans cesse croissante de débilité pour le système nerveux, pour les capillaires, et, partant, augmente la stase sanguine de plus en plus. Une autre cause d'altération

du sang est la déperdition de son albumine par les reins congestionnés et par le passage de la sérosité du sang dans le tissu cellulaire et l'intérieur des membranes séreuses; une teinte pâle, anémique se dessine alors sur la conjonctive et sur d'autres parties du tégument externe, à la face même, malgré la cyanose. C'est en partie à ces altérations de sang, et surtout à l'adynamie du système nerveux cérébro-spinal, qu'il faut attribuer la faiblesse de tous les tissus contractiles et locomoteurs, et la syncope mortelle qui termine brusquement l'affection cardiaque chez un grand nombre de sujets.

On peut affirmer, en dernière analyse, que tous les troubles matériels et dynamiques causés par les maladies du cœur se résument en une hypérémie, dont les caractères communs se retrouvent dans tous les viscères qui en sont le siége. Elle commence par les veines et reste longtemps, peut-être même toujours veineuse. Elle se déclare souvent sur les parties déclives et toujours dans les tissus débilités, c'est-à-dire dont l'énergie contractile est affaiblie; commence par les capillaires, envahit les branches plus volumineuses, tend à développer une circulation collatérale supplémentaire, accroît mécaniquement le volume des parties et leur imprime une teinte violacée. Elle est peu propre à fournir aux organes sécréteurs les matériaux spéciaux qui les distinguent; elle leur abandonne au contraire facilement la sérosité qui transsude plus ou moins mécaniquement des vaisseaux hypérémiés; dans les bronches, la mucosité renferme une plus grande proportion d'eau; l'urine se charge de sérosité et d'albumine; le liquide des hydropisies est, comme on le sait, plus pauvre en albumine et plus aqueux que celui des hydrophlegmasies; quelquefois même, cette sérosité ne contient pas d'albumine, ainsi que je m'en suis assuré récemment encore. Un des traits les plus essentiels de l'hypérémie d'origine cardiaque, que j'étudie en ce moment, est la rareté de l'hémorragie. La congestion et la stase sont souvent portées à l'extrême, et tandis que, sous l'influence du stimulus inflammatoire, on verrait alors le sang rompre les petits vaisseaux, sous l'empire de l'hypérémie que l'on pourrait appeler *hydraulique*, c'est de la sérosité qui s'en échappe.

A ces caractères positifs s'en ajoutent d'autres négatifs. La congestion se généralise bien plus que l'hypérémie inflammatoire; elle a une marche plus lente et plus graduelle que celle-ci. Quelque grande que soit son étendue, quelque ancienne et intense qu'elle soit, jamais la quantité de fibrine ne s'accroît dans le sang; jamais elle ne s'accompagne de sécrétion plastique ou purulente, ni d'accroissement de température. Il faut enfin que sa nature diffère essentiellement de celle qui caractérise l'hypérémie phlegmasipare, pour qu'elle n'engendre point l'inflammation dans des organes qui y sont très-disposés, et où elle persiste souvent un temps fort long. Sans vouloir soustraire cette hypérémie à l'action dynamique des capillaires dont je me suis efforcé, au contraire, de faire ressortir l'influence, il m'est impossible de ne pas reconnaître qu'elle est plutôt mécanique que vitale, tandis que l'hypé-

rémie phlegmasique est plus vitale que mécanique. Le microscope nous fait apercevoir dans cette dernière des phénomènes de stase et de congestion. Un assez grand nombre de vaisseaux sont oblitérés, tandis que dans la stase mécanique ils se dilatent. Ainsi, en dernière analyse, la congestion des maladies du cœur est hydraulique en quelque sorte; elle est, au contraire, accompagnée de phénomènes moléculaires et d'un travail spécial dans la nutrition des parties, lorsqu'elle se rattache à l'inflammation.

(La fin au prochain numéro.)

De l'usage du sel ammoniac dans quelques maladies des voies urinaires; *par le docteur* René Vanoye.

Le sel ammoniac (*chlorhydrate, muriate d'ammoniaque, chlorure d'ammonium*) a été employé depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours. Cependant, quand on considère combien sont nombreuses et différentes les maladies dans lesquelles, à diverses époques, on y a eu recours, on reste convaincu que son emploi est loin d'avoir répondu toujours à des indications précises.

Cette circonstance et le peu de notions qu'on possède relativement au mode suivant lequel il se comporte en *dernière analyse* dans l'organisme, ont fait que, dans les temps modernes, les médecins ne s'en sont pas servis dans tous les cas où il pouvait être utile. En Belgique et en France surtout, à part les fièvres intermittentes, contre lesquelles il vient d'être recommandé de nouveau par M. Aran, il y a fort peu de maladies dans le traitement desquelles on a jugé à propos de l'utiliser autrement qu'à titre d'adjuvant. Seulement en Allemagne, il a été beaucoup moins négligé.

Ce n'est pas pourtant qu'on manque de faits capables de prouver les avantages qu'on peut retirer de son emploi opportun. Des expérimentateurs, et entre autres Smith, Arnold, Hunefeld, Rosch et Mitscherlich, se sont livrés à des recherches dont les résultats sont d'autant plus dignes d'attention qu'ils ne diffèrent guère entre eux. Il résulte de ces recherches que le chlorhydrate d'ammoniaque introduit dans l'estomac, à dose usuelle ou à dose plus élevée, agit sur l'organisme à l'état physiologique, de la manière suivante :

1° Il produit dans le canal digestif, et surtout dans les intestins grêles, une augmentation de la sécrétion muqueuse;

2° Il est absorbé très-rapidement et passe dans le torrent circulatoire;

3° Il modifie la constitution du sang et en diminue la coagulabilité;

4° Il n'agit pas d'une manière appréciable sur le système nerveux cérébro-spinal, au moins d'une manière directe;

5° Il exerce, au contraire, une action incontestable sur les nerfs ganglionaires.

Ces effets physiologiques sont parfaitement conformes avec ceux que l'on obtient de l'emploi du médicament dans l'état pathologique. Ainsi :

1° Il agit presque exclusivement sur les organes de la vie organique ;

2° Il exerce une action sur les membranes muqueuses, et surtout sur la muqueuse intestinale qu'il ramollit et dont il détache les saburres tenaces et fixes (*mucum incidens*). Secondairement, les muqueuses pulmonaire et génito-urinaire en ressentent également les effets ; mais ceux-ci étant moins directs, sont aussi moins évidents ;

3° Il exalte les fonctions de la peau, mais à un moindre degré que l'acétate d'ammoniaque ;

4° A la longue, il exerce une action résolutive, fondante sur l'organisme en général, et en particulier sur les organes qui ont avec les muqueuses des rapports anatomiques ou fonctionnels. Parmi ces organes, on doit citer en première ligne les glandes lymphatiques, et spécialement les organes glandulaires du bas-ventre ;

5° Sans être un diurétique proprement dit, il excite la sécrétion urinaire qui, marchant de pair avec la sécrétion muqueuse, fournit une urine tenant en dissolution des éléments étrangers à sa constitution normale. Il n'est pas sans exciter non plus l'appareil génital de la femme (Sundelin, Berends, etc.).

Il suffit de mettre ainsi en regard les uns des autres les effets du sel ammoniac pour comprendre les résultats que les anciens médecins en ont obtenus dans un grand nombre de maladies. C'est principalement dans celles qui ont leur siége dans les organes de la sphère végétative que son emploi a été suivi des plus grands succès. On peut admettre que, dans ces cas, il agit soit en favorisant des sécrétions et des excrétions critiques, qui ne peuvent pas se faire librement, soit en stimulant la puissance absorbante de tout l'organisme ou de quelques-unes de ses parties.

Il n'entre pas dans mes vues d'examiner jusqu'à quel point l'usage du chlorhydrate d'ammoniaque est utile dans les nombreuses affections morbides au traitement desquelles il a été appliqué. Il en est certainement un bon nombre dont la guérison doit moins lui être attribuée qu'au temps, au régime et aux autres moyens thérapeutiques mis en usage conjointement avec lui. Mais si de ce côté-là l'emploi de cet agent médicamenteux a subi des restrictions considérables, il n'est pas sans avoir reçu d'un autre côté quelque extension. Depuis quelques années, on en a fait de nouvelles applications thérapeutiques, dont des faits assez nombreux sont venus prouver l'incontestable utilité. Parmi ces applications, celle qui en a été faite au traitement des tumeurs prostatiques est sans aucun doute la plus importante et la plus heureuse.

C'est un médecin allemand, le docteur Fischer, de Dresde, qui, le premier, a eu l'idée d'employer le chlorure ammonique à haute dose

contre les tuméfactions chroniques de la prostate. Il a fait connaître ses premiers succès en 1821 (1), et depuis lors (2), il a publié d'autres cas si concluants que quelques médecins, et entre autres Huntzmann, Cramer, Caspari, Werneck, Schmutziger, Rechnitz (3), n'ont pas tardé à suivre son exemple. Les résultats obtenus par ces auteurs, quelque engageants qu'ils soient, n'ont guère attiré l'attention des praticiens ni en Belgique ni en France. On sait que le traitement des tumeurs prostatiques y est resté presque exclusivement chirurgical.

En rapportant ici deux faits qui me sont propres, à l'appui de l'efficacité du chlorure ammonique dans le traitement des tuméfactions chroniques de la prostate, je suis loin de prétendre que les moyens chirurgicaux puissent être négligés. Je conviens, au contraire, que ces moyens, mis en usage par une main habile, suffisent, la plupart du temps, pour enlever avec promptitude les accidents graves que le développement morbide de la glande avait fait naître. Néanmoins, s'il en est ainsi le plus souvent, il peut se présenter aussi des circonstances exceptionnelles où les moyens mécaniques ne peuvent pas être appliqués avec la persévérance nécessaire ou n'atteignent pas le but qu'on se propose. Il n'est pas sans utilité d'avoir à sa disposition un traitement interne qui, sans être spécifique, il s'en faut, a fourni d'assez beaux succès pour permettre de conserver de l'espoir dans les cas les plus mauvais. D'ailleurs, l'usage interne du chlorhydrate d'ammoniaque n'exclut nullement le traitement chirurgical indiqué : dans maintes circonstances il peut lui servir d'auxiliaire, et servir à empêcher le retour si fréquent du mal ou à abréger sa durée.

Voici les observations que j'ai eu occasion de faire.

Obs. I.—Un cultivateur d'environ cinquante-huit ans, veuf depuis une quinzaine d'années, ayant fait de grands excès en bière et en boissons fortes et mené une vie assez dissolue, avait été affecté, à diverses reprises, de blennorragie, lorsqu'il commença à éprouver de la difficulté à uriner vers l'automne de 1847. Il fit d'abord usage, mais sans résultat avantageux, d'une foule de remèdes populaires, et ne s'adressa à un médecin que lorsque la miction était devenue extrêmement pénible. Un traitement approprié fut institué ; il consistait principalement, à ce que j'ai appris, en repos, applications répétées de sangsues, tisanes émollientes et quelques remèdes internes. Ces moyens procurèrent un soulagement assez marqué pour faire croire au malade qu'il était entièrement guéri.

Dès lors, nouveaux excès et bientôt nouveaux accidents. Cette fois, le mal parut beaucoup plus grave et nécessita l'introduction souvent répétée de la sonde. Une notable amélioration survint encore, et se maintint jusque vers le mois de mars de 1848, époque à laquelle il se déclara une strangurie prononcée.

---

(1) Rust, *Magazin f. d. Gesammte Heilkunde;* B^d XI, S. 284.

(2) Casper *Wochenschrift*, 1833, B^d II, N^oe .2—35.

(3) Hufeland *Journal. d. pract. arzneikunde;* 1823, S. 9. — *Ibid.*, 1824, S. VI. — *Zeitschrift f. Natur u Heilkunde;* B^d V, S. 3. — Clarus u Radius, *Woch. Beit. z. Medic. u chir. Klinik;* B^d I, S^t 316. — *Verhandl. d. Arzt. Gesellschaft d. Schweiz;* 1830, heft I. — *Osterr. medic. Jahrbüchern;* B^d XXXI, S. II.

Consulté dans ces circonstances, je pus me convaincre, par le cathétérisme, que la cause du dérangement dans le cours des urines ne résidait nullement dans le canal de l'urètre, qui livrait à la sonde un passage facile jusque près du col de la vessie, mais bien dans un gonflement considérable de la prostate, gonflement à l'égard duquel l'exploration par le rectum ne permettait pas le moindre doute. Le doigt, en effet, sentait la glande plus volumineuse qu'à l'état normal, surtout dans sa partie gauche, qui était dure, inégale. J'ordonnai des lavements émollients, des bains de siége, le repos, la diète, etc., et, eu égard à quelques signes d'irritation qui existaient, une application de seize sangsues au périnée. Par suite de ces moyens, le malade se trouva mieux ; mais la cause de l'affection n'étant pas enlevée, les symptômes, il était facile de le prévoir, ne tardèrent pas à revenir à leur premier degré d'intensité. Il fallut donc songer à un traitement plus efficace. Tour à tour je recourus aux moyens les plus puissants conseillés dans des cas semblables, et n'en obtins tout au plus qu'une diminution assez notable, il est vrai, mais peu rassurante des symptômes, vu que l'engorgement prostatique n'en persistait pas moins.

Ce fut alors qu'il me vint à l'idée d'essayer le chlorhydrate d'ammoniaque, préconisé par Fischer. Je le prescrivis à la dose d'une drachme par jour, dans un véhicule mucilagineux associé à de l'extrait de chiendent. Le médicament fut si bien supporté que je pus porter, après huit jours, la dose à deux drachmes, et un peu plus tard à trois. Bien que l'émission des urines fût un peu moins pénible, je ne pus jusque-là constater aucune diminution dans l'hypertrophie prostatique. Mais je savais par les faits publiés, que, pour obtenir de ce traitement un résultat favorable, il faut souvent le continuer pendant longtemps et administrer le médicament à dose croissante. Je la portai à une demi-once ; mais le malade ne la supporta point : il y eut de la diarrhée, de l'anorexie, etc., et, de plus, quelques signes scorbutiques qui me dénotaient que le sang avait subi une profonde modification. Cependant, le volume de la prostate avait diminué d'une manière sensible, et le malade, malgré un abattement général qu'il éprouvait et qu'on ne pouvait attribuer qu'à l'action du chlorure d'ammonium, le malade se sentait considérablement mieux. Ce fut pour moi un motif de ne pas en rester là. Après une douzaine de jours, pendant lesquels l'amélioration se prononça de plus en plus, je repris l'usage du médicament, mais seulement à la dose de deux drachmes par jour, dose qui paraît avoir été suffisante, vu qu'au bout d'un mois environ, l'engorgement glandulaire, sans être complétement dissipé, se trouvait réduit au point que le malade se croyait guéri, et que moi, je crus pouvoir m'en tenir à un traitement hygiénique. La miction était devenue plus facile qu'elle ne l'avait été depuis bien des années, et la prostate ne présentait plus qu'un développement relativement insignifiant et ne pouvant pas gêner fortement les fonctions de la vessie.

Je revois cet homme de temps en temps, il continue à se porter d'une manière assez satisfaisante. Seulement, quand il se laisse aller à un excès de boisson, ce qui lui arrive beaucoup moins souvent que par le passé, il éprouve pendant quelques jours un peu de dysurie ; mais jusqu'ici ces légers accidents n'ont pas réclamé un traitement énergique.

Obs. II.—Un vieillard de soixante-quatre ans, d'une constitution forte, souffrant depuis plus de deux années d'un catarrhe vésical chronique, vint me consulter en février 1850, après avoir fait usage, sans résultat favorable, d'une foule de remèdes internes. Bien que le malade m'assurât qu'il n'avait jamais été atteint de blennorragie, je voulus explorer avant tout l'état de l'urètre. La sonde pénétra dans la vessie avec assez de facilité, mais non sans quelque douleur, et me prouva qu'effec-

tivement il n'existait aucune coarctation dans le canal. L'émission de l'urine, dont le besoin se faisait sentir d'une manière presque incessante, était pénible, douloureuse, surtout le soir et la nuit. L'urine, rendue en très-petite quantité, était trouble, muqueuse, épaisse, et laissait déposer un sédiment mucoso-purulent. La vessie offrait sa capacité normale, mais le doigt, introduit dans le rectum, me fit sentir la prostate légèrement tuméfiée.

Sachant combien de traitements différents avaient été institués chez ce malade, je me décidai, avant d'en venir à l'emploi de moyens énergiques, à faire quelques injections émollientes, autant pour débarrasser la cavité vésicale des mucosités qui s'y trouvaient que pour combattre l'éréthisme que je crus y observer. Ces injections, que le malade supporta bien et qui furent faites avec une sonde de Mayor, ne consistèrent d'abord qu'en décoctions de guimauve et de graine de lin; bientôt j'y ajoutai quelques grains d'extrait de belladone, et enfin je leur substituai des injections avec l'eau de goudron préparée d'après la prescription de Dupuytren, en faisant infuser, pendant une douzaine d'heures, une livre de goudron dans dix à douze livres d'eau froide. En moins de trois semaines, une amélioration si marquée sous tous les rapports était survenue, que le malade se crut permis de ne plus suivre le traitement d'une manière exacte et qu'il le cessa bientôt tout à fait.

Malheureusement, deux mois et demi environ après, mes soins durent de nouveau être réclamés. Le malade présentait encore tous les signes d'un catarrhe vésical chronique avec rétention incomplète d'urine, et de plus un engorgement prononcé de la prostate. Le cathétérisme fut de nouveau pratiqué et avec succès; des injections, d'abord émollientes, puis stimulantes, furent faites; mais comme elles ne procurèrent pas un soulagement aussi prompt et aussi marqué que la première fois, le malade s'en fatigua et ne voulut bientôt plus en entendre parler. Pendant quelques jours, j'administrai des pilules de térébenthine, qui m'avaient assez bien réussi dans un cas récent, mais ici elles ne furent pas supportées. Enfin, j'eus successivement recours à l'*uva ursi,* le copahu, etc., etc., jusqu'à ce qu'à la fin je ne susse réellement plus à quels moyens me vouer.

Ce fut alors que je me décidai d'essayer le chlorhydrate d'ammoniaque en vue d'obtenir un double effet : la diminution de la tuméfaction prostatique et la modification des membranes vésicales. Je soumis le malade à un régime très-léger, je continuai à appliquer, quoique plus rarement, la sonde, et prescrivis :

℞ Eau de source...............		℥viii
Chlorhydrate d'ammoniaque..		
Extrait de pissenlit....	ana.	℥s

à prendre une cuillerée toutes les deux heures.

Après une bonne huitaine, pendant laquelle une légère amélioration put déjà être constatée, la dose du sel ammoniac fut portée à six drachmes dans la mixture, et puis quelque temps après à une once, de manière donc qu'en dernier lieu deux drachmes environ en furent prises tous les jours. L'amélioration progressive qui continua à se montrer et l'absence de tout accident me déterminèrent à continuer pendant longtemps l'usage du remède; mais six semaines à peu près après le début du traitement, il survint une miliaire qui me força à suspendre la médication (1).

(1) La miliaire, qui survient assez fréquemment après un long usage du chlorure ammonique administré à haute dose, ne peut pas être confondue, dit Fischer (*loc. cit.*), avec celle qui se manifeste quelquefois au début du traitement et qui dépend

A cette époque, le malade, qui avait insensiblement senti diminuer ses souffrances, se croyait complétement rétabli. Et effectivement, le besoin d'uriner ne se faisait presque plus sentir; la miction même se faisait d'une manière satisfaisante, et l'exploration anale me prouva que la prostate était encore à peine tuméfiée. Néanmoins, le traitement ne fut pas entièrement abandonné. Le sel ammoniac fut continué pendant deux mois à peu près; mais j'ai lieu de présumer que son emploi ne fut plus très-régulier. Quoi qu'il en soit, le malade a fini par recouvrer un état de santé dont il peut encore se réjouir aujourd'hui. Tout récemment encore, il m'a appris qu'à part une certaine fréquence dans l'émission de l'urine qui lui est restée, celle-ci se fait aussi facilement qu'avant sa maladie.

Dans les deux cas qui précèdent, l'action du chlorhydrate d'ammoniaque me paraît incontestable; on n'en peut pas conclure, cependant, que son emploi convienne dans toutes les hypertrophies prostatiques. A part les circonstances qui le contre-indiquent formellement, il se présente quelquefois chez les individus qui en sont affectés des nuances pathologiques qui lui feront préférer d'autres moyens. Il ne manque pas même de faits qui prouvent que, là où son emploi semble parfaitement indiqué, le résultat est parfois négatif. Pour ma part, je pourrais rapporter ici un cas où, administré dans les meilleures conditions, le sel ammoniac m'a complétement fait défaut. Des faits pareils, s'ils sont de nature à ne pas accorder à l'agent médicamenteux en question une spécificité que certainement il n'a pas, ne doivent pas non plus le faire rejeter. Comme il en est de tous les autres moyens thérapeutiques, le succès de celui-ci dépendra presque toujours de la précision des indications et de la manière dont on s'y prend pour les remplir.

Pour obtenir du chlorhydrate d'ammoniaque les effets désirés, il est nécessaire de l'administrer à haute dose et pendant un temps assez long. On peut commencer par un scrupule, de deux en deux heures, et aller jusqu'à une demi-drachme et même une drachme, également toutes les deux heures, de manière que le malade en prenne une demi-once ou au delà par jour.

Lorsque la dose du sel ammonique est trop forte, des troubles digestifs ne tardent pas à en avertir le médecin. Il y a des vomiturítions, des vomissements, de la diarrhée. Si, après s'être convenablement assuré que ce n'est pas au mode d'administration de la médecine que ces symptômes doivent être attribués, il n'est guère permis d'en attendre un résultat favorable, et dès lors on fait bien de ne pas y insister davantage.

A part la réaction de l'appareil digestif contre le sel ammoniac au

---

soit de l'existence de saburres dans le canal digestif, soit de sueurs acides copieuses qui surviennent chez quelques personnes. Celle qui se déclare après un large usage de sel ammoniac est considérée par Fischer non-seulement comme une preuve de l'action incisive de l'agent chimique sur le sang, mais encore comme l'indice que le moment est venu de suspendre ou au moins d'interrompre le médicament.

début de son administration, il se manifeste quelquefois d'autres signes auxquels le médecin reconnaîtra que l'organisme, saturé pour ainsi dire de chlorure ammonique, ne peut plus en admettre sans s'en ressentir défavorablement. D'après les faits recueillis jusqu'ici, ces signes sont une éruption miliaire, des sueurs profuses caractéristiques, et surtout des symptômes analogues à ceux du scorbut, tels que taches sanguines, hémorragies, aphthes, etc., etc.

On peut mitiger jusqu'à un certain point ces effets du sel ammoniac à l'aide de certaines précautions qu'il est prudent de ne pas négliger. Ainsi, lorsqu'on croit avoir à craindre son action trop incisive sur la muqueuse gastrique, on peut administrer le remède dans un véhicule mucilagineux ou lui associer un extrait amer ou des aromatiques; et, pour atténuer ses effets généraux trop prononcés sur l'organisme, l'expérience a prouvé que rien n'est plus favorable qu'un régime fortifiant, dont feront partie du bouillon, du vin, des viandes rôties, de la bière houblonnée, etc. On conçoit qu'une foule de considérations doivent être faites à cet égard, et que la constitution des malades doive y entrer en première ligne.

Malgré toutes ces précautions, il est des individus cachectiques ou offrant une idiosyncrasie telle, qu'ils ne supportent guère le sel ammoniac. En général, on ne l'administrera qu'avec réserve à des personnes sujettes à des hémorragies passives, offrant une très-grande faiblesse de constitution, ou des maladies asthéniques prenant leur source dans un grand appauvrissement du sang (1).

CHIRURGIE.

Études sur un cas de trismus mortel en moins de quarante-huit heures ; *sur la cause de la mort et l'indication qui en résulte;* par **M. Remilly,** *interne à l'hôpital Saint-Louis.*

(Le Mémoire fort curieux de M. Marshall-Hall sur le *laryngisme* (voir notre dernier numéro) a eu entre autres ce résultat important de mettre en lumière une des causes directes de la mort dans les affections convulsives; et, cette cause bien reconnue, de signaler un moyen assuré de la combattre, et de prolonger d'abord, de sauver quelquefois la vie essentiellement menacée. A peine cependant a-t-il mentionné en passant le tétanos, comme un des cas où la trachéotomie pouvait être appliquée. La théorie vulgaire semble d'ailleurs y répugner; on n'admet guères que deux causes de mort, ou bien une crise violente lorsque les convulsions sont très-rapprochées et très-fortes, ou bien une asphyxie lente par la gêne mécanique des fonctions respiratoires; et quel remède

(1) *Annales médicales de la Flandre occidentale.*

opposer à un paroxysme convulsif ou à la gêne produite par la contraction des muscles inspirateurs en général ?

Fort mal satisfait du vague de cette théorie, j'ai saisi l'occasion d'un trismus qui s'est déclaré dans mon service pour étudier plus exactement de la cause la mort. Cette étude a été très-bien faite par un interne des plus distingués de nos hôpitaux, M. Remilly ; à part quelques indications que je lui ai données, l'honneur lui en revient tout entier ; et de lui-même il s'est trouvé conduit à cette conséquence, qui est aussi la mienne, que, dans les cas analogues à celui qu'on va lire, la trachéotomie présente une extrême mais précieuse ressource. Je vais maintenant lui laisser la parole, en recommandant cette belle observation à l'attention des chirurgiens. — *Note de M. Malgaigne.*)

Obs. — Fortaud, âgé de 28 ans, charretier, constitution robuste, tempérament pléthorique, ayant été poussé sous sa voiture chargée d'environ 10,000 kilogrammes, eut le pied droit écrasé sous l'une des roues. Il fut immédiatement apporté à l'hôpital Saint-Louis, le 20 janvier 1852, au soir. A l'examen on constata des fractures comminutives des troisième, quatrième et cinquième métatarsiens, une luxation de l'articulation tarsienne du cinquième. Les os de la seconde rangée du tarse paraissaient également broyés ; mais la tuméfaction était déjà trop considérable pour permettre de reconnaître ces désordres avec une grande précision. A la partie externe du pied existait une plaie oblique de 6 centimètres, par laquelle se faisait une hémorragie assez abondante ; une légère compression suffit pour l'arrêter. Le membre fut placé sur un double plan incliné ; le pied placé dans une gouttière de carton garnie de ouate, et la jambe maintenue par deux attelles.

M. Malgaigne le vit le lendemain matin à la visite. Les désordres étaient tels qu'ils laissaient peu d'espoir de conserver le membre ; cependant l'état général étant excellent, et rien ne présageant un danger prochain, le chirurgien crut devoir tenter la conservation. Il prescrivit huit pilules d'opium, de 5 centigrammes chacune, à prendre de deux en deux heures, et institua une surveillance active auprès du blessé.

Le soir, après la quatrième pilule, le malade était assoupi, du reste sans douleur ; mais le pouls était plein et rebondissant. On fit une saignée de 350 grammes et on suspendit les pilules. Dans la nuit un peu d'agitation les fit reprendre ; il y en eut six en tout d'administrées.

Le 22, le malade avait dormi une partie de la nuit ; il était calme ; mais avec la peau brûlante et un peu de somnolence. On cessa l'emploi de l'opium.

Le 23, état excellent, la peau revenue à une chaleur modérée ; le pouls à 80. Cependant on s'aperçut dans la journée d'une gangrène commençante ; elle fit des progrès rapides ; et le 24 au matin l'amputation devenue indipensable fut pratiquée au lieu d'élection. On reprit l'usage de l'opium.

Le soir, le malade était un peu remis de l'état de démoralisation dans lequel l'avait jeté l'amputation de sa jambe. Il avait pris trois pilules d'opium dans la journée. Il était un peu assoupi et ne ressentait pas de douleur.

La nuit fut bonne. Le 25 au matin, pas de fièvre, pas de douleur, la peau offre une moiteur satisfaisante. La plaie avait un bon aspect. La journée et la nuit se passèrent de même, sans agitation, sans douleur.

Le 26, il y avait eu plusieurs épistaxis ; le pouls, assez résistant, était tombé à 70 ; la peau était toujours moite ; le moignon exempt de douleur. Mais, dès le matin,

il s'était révélé un phénomène alarmant. Le malade se plaignait de mal de gorge; il était impossible de lui faire sortir la langue de la bouche pour voir le pharynx; cependant il disait avaler assez facilement. En même temps la plaie paraissait blafarde et sécrétait une sérosité d'assez mauvaise nature.—*Pansement avec la poudre de quinquina.*

La journée fut calme; mais la gêne dans la déglutition persista. J'essayai en vain, quelque soin j'y misse, d'inspecter le fond de la gorge; la langue semblait invinciblement fixée par sa base au fond du pharynx. Cependant la voix restait naturelle, la salivation régulière; il n'y avait pas de douleur à la pression dans la région sus-hyoïdienne.

Le 27, *à huit heures du matin*, la plaie a un aspect encore moins satisfaisant, elle est pâle, livide; cependant sans traces de gangrène. La gêne de la déglutition, la roideur de la base de la langue ont augmenté; on constate de plus le resserrement des deux mâchoires poussé à un degré tel que les deux arcades dentaires se touchent et ne peuvent être écartées. Le trismus est manifeste; M. Malgaigne porte un pronostic fatal, et recommande de suivre d'heure en heure autant que possible les progrès du mal pour vérifier les doctrines reçues. Cependant, il ne veut pas rester inactif; la plaie est pansée avec des bourdonnets recouverts de poudre de cantharides. Un suppositoire avec deux gouttes d'huile de croton est prescrit contre la constipation. Deux vésicatoires derrière les oreilles avec l'ammoniaque, saupoudrés chacun avec 2 centigrammes d'hydrochlorate de morphine, en renouvelant cette dose toutes les trois heures. Le chirurgien essaye enfin de faire respirer au malade du chloroforme. L'anesthésie est complète, et n'amène cependant qu'une résolution incomplète dans la rigidité musculaire. Toutefois, en revenant à lui, le blessé ouvre la bouche davantage et déclare éprouver du soulagement. Il est prescrit en conséquence d'y revenir dans la journée, selon le besoin et surtout si les accidents augmentent.

11 *heures*. Je reviens examiner attentivement le malade. Tout d'abord, je constate un fait qui a aussi frappé la religieuse : c'est que les yeux sont moins ouverts et paraissent ainsi plus petits que les jours précédents; il y a constriction de l'orbiculaire des paupières. Les pupilles sont fortement contractées, les paupières presque toujours à demi-fermées; le regard est un peu éteint. Sur les pommettes, taches rouges assez bien circonscrites; il y a plutôt pâleur que coloration du visage, malgré le tempérament pléthorique du sujet. Les deux arcades dentaires s'écartent au plus, et avec effort de la part du malade, de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres; la pointe de la langue les déborde avec peine; elle est recouverte d'un enduit blanchâtre. A l'état de repos, les lèvres ont leur forme ordinaire; mais si la bouche est ouverte, c'est le diamètre transversal qui est augmenté, exagéré; les commissures sont attirées en dehors; l'orbiculaire des lèvres est senti alors dur et rigide. Si, au contraire, le malade veut diminuer l'ouverture de la bouche, pour boire dans une cuiller par exemple, l'orbiculaire obéit; mais il y a effort pour obtenir le froncement des lèvres : c'est par secousses, comme par saccades que la bouche arrive à saisir l'extrémité de la cuiller qu'on lui présente. Il ne faut pas s'exagérer cette roideur de l'orbiculaire des lèvres : c'est en observant attentivement comment se fait la préhension qu'on la constate. La face dorsale de la langue est appliquée contre la voûte du palais, et il est impossible de l'abaisser, même en insistant avec force; on ne peut donc constater l'état du voile du palais et de ses piliers. La sputation est très-fréquente; le lit du malade est couvert de ses crachats lancés au hasard; c'est seulement avec les lèvres et les joues qu'il les expulse : la tête fortement appuyée sur l'oreiller, il rapproche ses

lèvres comme s'il prononçait la lettre O, et souffle avec force. La roideur de sa langue l'empêche, dit-il, de cracher autrement.

Midi. La région sus-hyoïdienne présente tous ses muscles contractés, durs, roides comme des cordes tendues. Les deux sterno-mastoïdiens font sous la peau une saillie notable; leurs attaches inférieures se dessinent vigoureusement, et, pendant les violentes inspirations, la fossette assez prononcée qui les sépare s'exagère en s'enfonçant. La pression sur le larynx n'est pas douloureuse. En saisissant le pharynx un peu vivement par ses faces latérales, et en insistant sur la pression, on finit par déterminer de légers mouvements de contraction qui fatiguent le malade : je n'insiste pas pour les produire. La déglutition est incomplète, presque impossible. Le premier temps paraît s'exécuter encore assez facilement, malgré la rigidité de la langue qui semble surmontée en partie avec de la patience ; mais le second temps n'a plus lieu : en plaçant la main sur le cou du malade, et en lui disant d'avaler, le larynx reste immobile. En lui faisant prendre quelques gouttes de potion, je constate que le liquide arrive facilement au fond de la bouche; de là, il s'écoule dans le pharynx ; mais il pénètre dans le larynx, et il survient une toux assez violente qui cesse après deux ou trois efforts. Le malade se plaint cependant de la soif, et voudrait la satisfaire. Les muscles de la région postérieure du cou sont roides, et tellement qu'en prenant le malade sous la tête on le dresse jusqu'à l'asseoir sur son séant. On triomphe cependant de la roideur du cou, en le tenant, pendant quelques minutes, soulevé par les mains placées derrière la tête. Les muscles de la partie postérieure du dos ne participent en rien à cette rigidité ; le malade peut presque seul, en saisissant la corde suspendue au-dessus de son lit, s'asseoir sans difficulté.

1 *heure.* Les muscles des parois thoraciques, le diaphragme et les muscles abdominaux fonctionnent avec régularité : rien qui dénote le moindre trouble de ce côté. La respiration est régulière ; l'oreille appliquée sur la poitrine n'y trouve pas de râle muqueux ; les inspirations et les expirations semblent seulement un peu plus fréquentes que les jours précédents. Les crachats, toujours abondants, n'offrent rien de particulier, et viennent exclusivement de la bouche ou de la gorge; les poumons n'y sont pour rien. La pression sur les parotides n'est pas douloureuse : aucune tuméfaction de ce côté. Le malade n'éprouve pas de douleur, de crampes; pas de céphalalgie ; ses membres exécutent facilement des mouvements étendus et n'offrent pas de traces de contracture. Il dit lui-même ne pas souffrir, et ne paraît pas inquiet de sa position ; seulement, il m'apprend alors que son frère a succombé après une amputation de jambe; je n'ai pas le courage de lui demander à la suite de quels accidents, de peur de lui faire énumérer ceux qui le menacent. La circulation n'offre rien de remarquable, le pouls bat 84 pulsations par minute. La peau est recouverte d'une sueur très-abondante, surtout vers la partie supérieure du tronc et vers la face ; la jambe gauche, au contraire, est plutôt froide que chaude : on place une boule d'eau tiède près du pied. On a soin d'essuyer fréquemment le malade, et à peine la serviette est elle passée sur son visage qu'on voit presque immédiatement perler des gouttes de sueur, qui bientôt se réunissent et coulent dans les rides déclives de la peau. Les cheveux sont mouillés comme si la tête avait été plongée dans l'eau. La miction est fréquente, sans douleur, et la quantité d'urine rendue chaque fois peu considérable ; elle est rouge, même briquetée. Le suppositoire a été introduit de midi à une heure ; il a pénétré facilement. La sensibilité générale est exagérée, le moindre bruit continu fatigue le malade et l'impatiente ; aussi, il me prie de faire cesser les roulements qu'un malade exécute au loin sur les carreaux de la salle. L'intelligence est nette,

précise, et ne paraît compromise en aucune manière. Seulement, il me paraît y avoir quelque chose de roide, de brusque, de convulsif dans les contractions du visage, et exagération des sillons de la face; les narines aussi se dilatent plus que le matin, quand le malade fait un effort pour respirer plus largement. La voix est faible, éteinte, sourde et légèrement entrecoupée; si elle s'élève, les mots ne sont plus articulés distinctement : pas de nasonnement. Je quitte le malade à deux heures et demie.

3 *heures*. Je le retrouve à peu près dans la même situation. Il vient d'avoir un épistaxis peu abondant; quelques gouttes de sang ont coulé dans l'arrière-bouche, et ont été expulsées avec les crachats; elles n'ont pas gêné le malade. Seulement, en essayant de lui faire avaler quelques gouttes de liquide, la religieuse a constaté une seconde fois l'impossibilité de la déglutition; la potion a pénétré dans le larynx et déterminé un accès de suffocation qui se dissipe. La tête est manifestement portée en arrière. Le malade dit toujours n'éprouver aucune douleur, aucun spasme : il est tranquille. Quant à la respiration, elle n'est pas gênée; seulement, c'est surtout avec le diaphragme qu'elle s'exécute; il n'y a qu'en excitant le blessé à respirer plus largement que les parois thoraciques entrent en jeu. Les vésicatoires ont déjà été pansés deux fois; j'applique de nouveau le chlorhydrate de morphine.

En considérant l'état des choses, je me demandai s'il n'y avait pas lieu de revenir au chloroforme; mais le malade ne souffrait pas, la roideur des muscles ne paraissait pas s'étendre; il est vrai que la respiration était moins libre; mais, sous l'influence du chloroforme, elle aurait pu devenir plus pénible. D'ailleurs, il n'y avait pas de péril imminent. Je me déterminai à attendre, en surveillant de très-près le malade.

La sueur coule toujours avec la même abondance; on change le malade en prenant toutes les précautions convenables. Le suppositoire n'a encore produit aucun résultat. Comme la constipation a été généralement attribuée au spasme de la tunique musculeuse de l'intestin, je prescris un lavement avec 10 gouttes de chloroforme. Je quitte le malade à quatre heures et demie.

7 *heures* 1/2. Je reviens à son chevet : au premier coup d'œil, la situation me paraît peu modifiée. La rigidité musculaire ne s'est pas étendue. Le ventre a conservé sa souplesse; le diaphragme et les muscles du thorax se contractent; le malade semble prendre, par chaque épaule, un point d'appui pour soulever et dilater sa poitrine. Mais la respiration est plus gênée, plus embarrassée et comme entrecoupée. L'auscultation fait constater la présence de râles muqueux dans le poumon, mais manifestement insuffisants pour expliquer l'anxiété respiratoire; la cause de ces symptômes d'asphyxie commençante est évidemment la roideur des muscles du larynx et du pharynx. En conséquence, je fais respirer du chloroforme; mais, au bout de trois ou quatre minutes, la respiration me semble devenir plus pénible. Je cesse, et ne remarque pas de résolution des muscles du cou.

8 *heures*. Une écume analogue à celle de l'épilepsie s'échappe des lèvres du malade; l'effort des buccinateurs et des expirateurs est insuffisant pour l'expulser. Les narines s'écartent largement à chaque inspiration. Le ventre a conservé sa flaccidité habituelle; le thorax s'élève et s'abaisse; les contractions du diaphragme sont très-vives. Malgré cela, l'ensemble du malade indique qu'il touche à sa fin. Il est huit heures et demie, l'écume s'accumule autour de la bouche; puis, tout à coup, survient un spasme convulsif qui dure quelques minutes; le malade se débat comme s'il luttait contre une main invisible qui l'étranglerait. Les râles muqueux n'augmentent pas notablement; le ventre obéit toujours aux contrac-

tions violentes du diaphragme. Puis, le pouls devient de plus en plus petit, à mesure que le spasme se calme ; il finit bientôt pas disparaître sous le doigt ; l'oreille sur le cœur constate la même diminution progressive des battements. Enfin, à neuf heures moins un quart, tout cesse de battre : le malade est mort.

Un fait remarquable, c'est que cinq minutes après la mort la résolution des muscles du cou était complète : la tête obéissait sur l'oreiller à tous les mouvements qu'on lui imprimait ; le doigt écartait sans peine les deux mâchoires d'une manière assez notable.

L'*autopsie* fut faite avec un grand soin, surtout en ce qui concernait l'examen de l'arrière-gorge.

Le cadavre couché sur le ventre, les vertèbres cervicales furent enlevées avec précaution, et les muscles écartés pour mettre à nu la paroi postérieure du pharynx. Cette paroi, divisée à son tour, laissa voir tout d'abord l'épiglotte relevée, l'orifice supérieur du larynx ouvert de 3 centimètres en hauteur sur 15 millimètres de largeur ; le voile du palais et ses piliers postérieurs affaissés sur la base de la langue ; celle-ci dans un état complet de résolution. La distance qui séparait le sommet de la grande corne de l'os hyoïde du point le plus rapproché de l'orifice supérieur du larynx était de 15 millimètres. La glotte était ouverte comme dans l'état normal ; le larynx contenait seulement quelques mucosités. Les muqueuses du pharynx, du larynx et de l'œsophage n'offraient aucune altération.

Dans le thorax, outre des traces de pleurésie ancienne à la partie supérieure et postérieure du poumon droit, on trouve à la surface des poumons des taches nombreuses, irrégulières, bleuâtres ou noirâtres, surtout sur les faces antérieures et les faces latérales. Quelques-unes de ces taches sont de simples ecchymoses, ne pénétrant pas dans la substance de l'organe ; les autres, plus profondes, formaient des foyers sanguins épars. La face postérieure des deux poumons offrait une coloration noirâtre uniforme, et leur coupe, dans tous les sens, présentait des caillots sanguins à la lumière des vaisseaux, des bulles d'air très-petites, très-nombreuses, venant sourdre à toute la surface ; mais pas de mucosités. Les bronches n'offraient aucune trace d'inflammation et ne contenait pas de mucus. Rien dans le péricarde. Dans le côté gauche du cœur, rien d'anormal. Du côté droit, le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire présentait une coloration bleuâtre bien prononcée, et se prolongeant jusque dans l'oreillette. Le tissu musculaire, en cet endroit, n'était pas ramolli, mais très-injecté. Le sang, en grande quantité dans l'oreillette et le ventricule droit, était diffluent et à peine mélangé de quelques caillots.

Dans les intestins les fèces sont dures, verdâtres. Pas de vers intestinaux. L'estomac est injecté et ramolli, surtout autour de la petite courbure, et contient peu de mucosités. Le foie est volumineux, mais sans altération. La rate et les reins sont sains. La vessie contient très-peu d'urine.

Dans l'encéphale, nulles traces d'inflammation ou de congestion des méninges. Les faces supérieure et latérale de chaque lobe antérieur étaient recouvertes, sous l'arachnoïde, par une sérosité sanguinolente, spumeuse, qui filait sous la pointe du scalpel ; au-dessous, la substance cérébrale n'était pas ramollie. Dans leur ensemble, les vaisseaux qui enveloppent le cerveau ne paraissaient pas distendus d'une manière exagérée. Pas de sérosité dans les ventricules latéraux. Toutes les parties de l'encéphale examinées attentivement, cerveau, cervelet, isthme et bulbe rachidien, n'offrirent pas la moindre trace de ramollissement ou d'injection. Aucune altération non plus dans toute la portion cervicale de la moelle.

Le moignon a été disséqué avec soin ; aucun nerf n'était compris dans les ligatures des artères, et il n'y avait pas d'indices de résorption purulente.

Les principaux faits de cette observation peuvent se résumer ainsi, et conduire aux remarques suivantes :

1° Les muscles des mâchoires et du cou ont seuls présenté chez notre malades la roideur tétanique ; en d'autres termes, il n'y a eu que trismus, et malgré céla la mort est arrivée rapidement. Boyer dit bien que l'affection se borne souvent à ce seul symptôme; mais, non plus que les autres auteurs, il ne dit pas ce qui arrive alors. Cette observation peut servir à combler cette lacune.

2° Quelle a été la cause du trismus? On ne saurait alléguer ni la ligature d'un nerf, ni une lésion grave de l'appareil nerveux ou de tout autre appareil, ni enfin la présence de vers intestinaux dans l'intestin. Au lieu de nous perdre dans des conjectures, il est plus vrai de dire que nous n'en savons rien.

3° Vingt-quatre heures avant la contraction des muscles des mâchoires, regardée comme le signe pathognomonique du trismus, nous voyons qu'il y avait déjà *roideur de la base de la langue, constriction du pharynx et gêne dans la déglutition, sans douleur à la pression dans la région sus-hyoïdienne ;* puis est venue la *constriction de l'orbiculaire des paupières ;* tous ces signes coïncidant avec l'*atonie du moignon.* Nous ne voulons pas conclure de là que chacun de ces signes annonce nécessairement le trismus, mais nous croyons que leur ensemble surtout a une valeur très-réelle au point de vue du diagnostic, et que leur apparition même incomplète doit rendre le pronostic du chirurgien très-circonspect. M. Marjolin a déjà signalé, du reste, une gêne notable dans la déglutition et la rougeur du pharynx avant l'apparition du trismus.

4° Pour ce qui est de la roideur musculaire dans le tétanos, on parle beaucoup de rémissions dans l'état de contraction des muscles. Ces rémissions n'ont pas existé chez notre sujet; elles peuvent donc manquer au moins dans certains cas. De plus, l'un des caractères de cette roideur, c'est d'être *progressive :* au début, chez notre malade, elle pouvait être surmontée à la langue, au pharynx, au cou ; à la fin, au contraire, on ne pouvait en triompher. Et peut-être doit-on attribuer à ce caractère de la rigidité tétanique l'amélioration obtenue le 27 au matin à l'aide du chloroforme, et l'impuissance de ce précieux agent thérapeutique le soir.

5° Pendant toute la durée de l'affection convulsive, il n'y a pas eu de douleur. Samuel Cooper (art. *Tétanos*) dit cependant : Quel que soit le siége des contractions musculaires dans le tétanos, elles sont toujours accompagnées de douleurs déchirantes. Il est vrai qu'il cite un cas observé par sir Gilbert Blane, dans lequel la durée du tétanos fut considérable, mais qui ne fut nullement douloureux. Notre observation établit au moins que la douleur peut manquer dans le tétanos le plus rapide.

6° Un autre fait important, c'est que la violente convulsion à la suite de laquelle notre malade a succombé n'a pas été précédée d'une roideur musculaire générale; et cependant Boyer semble dire que le

spasme doit être universel pour que la mort arrive ainsi. C'est la roideur des muscles du cou qui a été cause de la mort, et non celle du diaphragme et des muscles du thorax et de l'abdomen, car ceux-ci ont fonctionné jusqu'à la fin. Nous sommes loin de prétendre qu'il en soit toujours ainsi, mais nous regardons comme parfaitement établi *qu'il est des cas dans lesquels la seule contraction des muscles des mâchoires et du cou peut déterminer la mort chez les individus atteints de tétanos.*

7° Quant à la violente convulsion à la suite de laquelle notre malade a succombé, elle a été déterminée par le manque de respiration, il y a eu asphyxie; l'ensemble des symptômes de l'agonie, et, bien plus, l'examen cadavérique des poumons et du cœur le démontrent. De plus, l'obstacle à la respiration était dans le pharynx ou dans le larynx; il n'y avait même pas de mucosités dans les bronches.

Quel a été le mécanisme de cette asphyxie? M. Malgaigne penchait à croire que la base de la langue, tirée en arrière, aurait fini par faire basculer l'épiglotte sur l'orifice supérieur du larynx et intercepter le passage. Toutefois, les phénomènes observés pendant la vie permettaient également de supposer qu'il y avait eu occlusion complète ou incomplète des lèvres de la glotte, causée par la rigidité des muscles des cordes vocales.

L'autopsie, dirigée en ce sens, n'a confirmé ni l'une ni l'autre hypothèse; mais on ne saurait dire qu'elle les a infirmées, puisque la résolution des muscles des mâchoires et du cou était complète cinq minutes après la mort. On peut donc hésiter encore entre l'une et l'autre. Seulement, il faut remarquer que si l'épiglotte avait basculé sur l'orifice supérieur du larynx, elle aurait empêché les liquides d'y passer. Y passaient-ils vers la fin? Il eût été bien difficile de le savoir; mais à coup sûr ils y passaient très-facilement trois ou quatre heures avant la mort.

Quoi qu'il en soit, l'état de gêne de la respiration, les troubles du côté de la gorge étaient tout à fait comparables à ceux que j'ai observés l'an dernier à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Trousseau, chez les petits malades atteints de croup. Et cette analogie de situation m'avait tellement frappé pendant les derniers moments de notre blessé, que si ce n'eût été assumer une responsabilité trop pesante, je n'aurais pas hésité, voyant la vie prête à s'échapper, à tenter la trachéotomie.

Observation d'un anévrisme du tronc brachio-céphalique, *traité par la ligature successive de la carotide et de la sous-clavière;* par **M. Malgaigne.**

M. Holland a publié récemment dans le *Dublin quaterly Journal of medical science*, un intéressant Mémoire sur les anévrismes du tronc

brachio-céphalique (artère innominée), et sur leur diagnostic différentiel d'avec les anévrismes de la crosse de l'aorte. Il en a donc rassemblé 45 cas, et triant parmi ces cas 24 observations, les plus complètes quant aux phénomènes observés, et surtout parce que l'autopsie n'a laissé aucun doute sur l'existence et le siége de l'anévrisme, il a mis les symptômes en regard de ceux offerts par une série analogue de 12 observations d'anévrismes de la crosse aortique, rassemblées et comparées par le docteur Grene. Outre cette question importante du diagnostic, les faits réunis par M. Holland offrent encore des renseignements précieux sur les opérations déjà tentées pour ces anévrismes et les résultats obtenus. Nous nous proposons d'en présenter prochainement le résumé à nos lecteurs; mais il nous a paru utile de leur offrir comme préliminaire à cette étude un cas d'anévrisme du tronc brachio-céphalique traité par la méthode de Brasdor, et qui a présenté des circonstances importantes à relever.

Obs. — Gormont, menuisier, âgé de 46 ans, entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 25 mars 1845, pour une tumeur du volume d'un œuf de poule, située à la partie inférieure latérale droite du cou, et qu'il était aisé, à ses battements, de reconnaître pour un anévrisme.

Il était né de parents sains, et qui n'avaient jamais eu d'affection analogue. D'une forte constitution lui-même, il l'avait un peu affaiblie dans sa jeunesse par des excès vénériens : à 31 ans, il avait eu des chancres et un bubon, qui n'avaient pas eu d'autres suites; enfin, depuis longues années, il avait fait abus de boissons alcooliques. Vers l'âge de 40 ans, il était devenu sujet à un catarrhe pulmonaire, auquel il attribuait un peu de toux et de dyspnée qui lui étaient devenues habituelles. Toutefois, jusqu'à l'âge de 43 ans, nul autre phénomène ne l'avait averti de l'imminence d'une affection plus grave.

Au mois de juillet 1843, il ressentit, pour la première fois, quelques douleurs obtuses, erratiques, au niveau de la partie supérieure droite du sternum, s'irradiant de là vers l'épaule du côté droit, la face, la nuque et jusque vers le sommet de la tête. Elles prenaient de l'acuité, dès qu'il se livrait à de grands efforts, ou qu'il retombait dans ses excès alcooliques. On les attribua à un rhumatisme; et plusieurs bains de vapeur furent donnés sans succès. Ce ne fut que quatre mois plus tard, en novembre, qu'il s'aperçut d'une tumeur pulsatile, ayant tout au plus le volume d'une petite noix, et soulevant les téguments, partie au-dessus de la fourchette sternale, partie au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule droite. En même temps, les douleurs devinrent plus fortes ; il s'y joignit une gêne de plus en plus notable dans les mouvements du bras droit, et, de temps à autre, quelques accès de dyspnée. Il ne discontinua pas pour cela de travailler. Plusieurs fois cependant, il fut obligé d'appeler un médecin qui lui pratiqua cinq saignées en deux mois, toujours avec un soulagement notable.

Malgré les conseils de son médecin qui avait reconnu la gravité du mal, Gormont continua son train de vie; aussi la tumeur s'accrut peu à peu; en novembre 1844, elle avait le volume d'une grosse noix et se développait dans une direction oblique, en haut et en dehors. Les douleurs devenaient de plus en plus vives ; l'ouïe et la vue du côté droit allaient en s'affaiblissant, et le bras droit était comme engourdi. Le sommeil était troublé par des cauchemars, et souvent interrompu par des réveils en sursaut. A la fin de janvier 1845, tous les phénomènes ayant augmenté, il

fallut cesser de travailler ; et enfin, deux mois plus tard, le malade, comme il a été dit, se résigna à entrer à l'hôpital.

La tumeur faisait, au-dessus de la fourchette sternale, une saillie prononcée, dure, très-inégalement ovoïde, sans changement de couleur à la peau, remontant, selon le trajet oblique de la carotide primitive droite, jusqu'à la partie moyenne du cartilage thyroïde ; occupant, dans sa partie moyenne, l'espace compris entre le sterno-mastoïdien gauche et le cléido-mastoïdien droit ; mais plus bas, au niveau du sternum, s'étendant en largeur depuis l'articulation sterno-claviculaire gauche jusqu'au tiers interne de la clavicule droite ; et il était facile de constater qu'elle s'enfonçait en arrière de cet os dans la poitrine. Elle repoussait ainsi un peu à gauche la trachée et le larynx, soulevait en avant le sterno-mastoïdien droit, et faisait même bomber dans le même sens la poignée du sternum et l'extrémité sternale de la clavicule droite. Au total, on pouvait lui assigner 9 centimètres 1/2 en hauteur, et 9 centimètres de largeur au-dessus du sternum.

Elle offrait des pulsations fortes, vibrantes, perceptibles dans toute son étendue, et qui communiquaient à la clavicule droite un mouvement de projection en avant et en haut ; elles se faisaient sentir encore au-dessous de cet os dans les premier et deuxième espaces intercostaux. L'ébranlement communiqué aux parties voisines était tel qu'on ne pouvait distinguer avec certitude les battements de l'artère carotide ni ceux de la sous-clavière. Le pouls radial du côté droit était très-obscur. Les bruits du cœur étaient normaux, mais ils se prolongeaient d'une manière très-nette dans l'intérieur de la dilatation artérielle.

Dans un cas aussi grave, je crus devoir prendre l'avis de mon collègue à l'hôpital, M. P. Bérard ; et nous jugeâmes d'un commun accord que la ligature à la méthode de Brasdor était l'unique ressource. Nous décidâmes de lier à la fois la carotide primitive et la sous-clavière ; et l'opération fut fixée au 3 avril.

Je commençai par pratiquer, le long du sterno-mastoïdien droit, une incision dont le milieu répondait au cartilage thyroïde ; le bord interne du muscle fut mis à nu, la tumeur écartée avec toutes les précautions nécessaires ; après quoi, portant le doigt au fond de la plaie, je cherchai à reconnaître les battements de la carotide. A ma grande surprise, je ne les trouvai point. Je divisai l'aponévrose profonde du muscle ; j'explorai avec soin l'espace qui le séparait de la face antérieure des vertèbres ; il n'y avait pas de vaisseaux. M. Bérard pensa que la tumeur les aurait rejetés à gauche avec la trachée ; je dirigeai mes recherches de ce côté sans plus de succès. Évidemment alors, ils devaient être en dehors ; nouvelle dissection, très-longue et très-laborieuse ; et enfin nous réussîmes à découvrir la carotide tout à fait en dehors du faisceau externe du sterno-mastoïdien ; en sorte que, dans ce cas, l'incision eût dû être faite sur le bord externe du muscle. Elle figurait là une sorte d'arc à convexité externe, comme si elle avait été refoulée et repliée par la tumeur, et l'on peut juger de l'étendue de son déplacement, si l'on songe que le cléido-mastoïdien était lui-même refoulé beaucoup en dehors de sa direction ordinaire.

L'artère bien reconnue offrait des battements assez obscurs, mais toutefois reconnaissables ; elle fut isolée avec soin du nerf pneumo-gastrique et de la veine jugulaire qui l'avaient suivie dans sa déviation, et fortement liée avec un fil double. La plaie fut ensuite réunie par plusieurs points de suture entortillée. Mais l'opération avait duré près de trois quarts d'heure ; le malade était fatigué ; nous jugeâmes prudent de nous arrêter là, et de remettre à un autre jour la ligature de la sous-clavière.

Au reste, la ligature de la carotide n'avait amené aucune augmentation ni dans

le volume de la tumeur, ni dans la force de ses battements. On recommanda au malade l'immobilité la plus complète possible.

Deux heures après, assez vives douleurs dans la tête, difficultés plus considérables qu'auparavant pour boire quelques gorgées de tisane. Un lavement opiacé rétablit le calme. Le soir, point de réaction ; pouls à 64. La nuit ne fut pas plus mauvaise que d'habitude.

Le lendemain, 4 avril, les battements de la tumeur avaient plutôt diminué qu'augmenté. La plaie semblait réunie en haut dans l'étendue de 2 centimètres ; en bas, les bords étaient un peu boursouflés, et il y avait au voisinage un peu d'engorgement inflammatoire : point de fièvre, toux fréquente et sèche. Le soir, nouvelles douleurs assez vives dans le côté droit et postérieur de la tête. Une potion avec 30 grammes de sirop diacode procura une nuit meilleure que la précédente.

Le 5, la tuméfaction inflammatoire autour de la plaie oblige d'enlever plusieurs épingles ; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés ; le pouls est accéléré, toutefois sans augmentation de chaleur à la peau ; langue blanche ; anorexie.—*Diète toujours rigoureuse ; cataplasmes froids d'amidon bouilli sur la plaie ; saignée de quatre palettes.*—Le sang donné par la saignée était couenneux ; le caillot rétracté, sans grande consistance, nageait dans une quantité de sérosité à peu près égale. Le soir, la fréquence du pouls avait diminué.

Le 6, un peu de suppuration au centre de la plaie dont les extrémités sont réunies ; on enlève les dernières épingles. L'appétit commence à reparaître.—*Bouillons de poulet.*

Le 7, l'intumescence des parties molles a presque disparu ; la tumeur semble avoir diminué du côté de la ligature ; le diamètre transversal au-dessus du sternum s'est même raccourci de 1/2 centimètre ; mais, en revanche, la tumeur semble se prolonger un peu plus en bas au-devant du sternum.

Les jours suivants, grâce à l'immobilité recommandée et observée par le malade, l'état général devint de plus en plus satisfaisant ; la peau reprit sa transparence, l'œil sa vivacité ; l'appétit était augmenté, les nuits calmes ; seulement, la toux persistait et s'accompagnait de quelques crachats muqueux, perlés et grisâtres ; la plaie marchait rapidement à cicatrisation. Les battements de la tumeur étaient un peu moins forts ; elle était presque insensible à la pression, et ne déterminait plus que quelques irradiations douloureuses passagères et beaucoup moins vives dans le côté droit de la tête.

Le 20, le diamètre transversal avait encore diminué de 1 centimètre, c'est-à-dire qu'il était réduit à 7 centimètres 1/2 ; et les battements étaient manifestement moins sensibles, surtout dans la circonférence.

Le 23, la ligature tomba sous une légère traction ; il n'y avait aucun filament de tissu cellulaire dans le nœud du fil. La plaie, réduite à 1 centimètre au plus, était couverte de bourgeons de bonne nature.

Le 28, elle était tout à fait cicatrisée. Nous constatâmes une nouvelle diminution de 1/2 centimètre du diamètre transversal ; les battements allaient en s'affaiblissant.

Les choses restèrent dans le même état jusqu'au 11 mai ; et l'amélioration ne faisant plus de progrès, nous avions agité la question de la ligature de la sous-clavière, lorsque le malade demanda à sortir, malgré mes représentations, pour aller passer quelques jours à la campagne. Je lui recommandai du moins un complet repos ; mais, une fois dehors, il commit imprudence sur imprudence, s'enivra plusieurs fois, et ne tarda pas à le payer bien cher. La tumeur reprit sa marche

ascendante; elle devint plus dure, et ses battements plus énergiques; la peau qui la recouvrait se tendit et s'amincit; les anciennes douleurs de l'épaule, du cou, de la tête reparurent plus intenses; la déglutition devint difficile; et c'est dans cet état qu'il revint à l'hôpital, le 19 mai, huit jours seulement après sa sortie.

Je le soumis de nouveau à l'immobilité et à un régime sévère. On lui pratiqua, de temps à autre, de petites saignées du bras, en y joignant, selon le besoin, des lotions froides sur la tumeur et des révulsifs aux membres inférieurs. Les accidents principaux se calmèrent, sauf la déglutition qui resta toujours gênée; mais la tumeur subit des modifications fort étranges. A plusieurs reprises, elle changea de forme; un jour diminuant dans sa largeur, pour se prolonger en bas et en avant par-dessus le sternum et la clavicule; plus tard, paraissant séparée en deux lobes distincts par le tendon du cléido-mastoïdien droit; son lobe externe présentait à peine des battements, tandis qu'ils étaient très-sensibles dans l'autre; puis elle s'étendait, en haut et en dehors, jusqu'au bord antérieur du trapèze. Quelquefois, il y avait comme des accès irréguliers se répétant plusieurs fois par jour, pendant lesquels les douleurs et les fourmillements devenaient intolérables; et alors la tumeur plus volumineuse semblait marcher vers une rupture; puis, tout se calmait pour recommencer de nouveau. Je suivais avec anxiété ces péripéties, me demandant si le cas n'était pas au-dessus des ressources de l'art, et attendant au moins pour agir des conditions plus favorables. Sur ces entrefaites, je quittai l'hôpital Saint-Antoine pour l'hôpital Saint-Louis; et le malade m'y suivit le 30 juillet.

Nous eûmes là à noter de nouveaux phénomènes qu'il n'est pas inutile de signaler. Ainsi, tous les dix ou quinze jours, survenait, sans cause appréciable, un accès de dyspnée qui durait tantôt une ou deux heures seulement, d'autres fois une nuit tout entière. Alors, la respiration était difficile et bruyante; le cœur battait irrégulièrement et avec force; la tumeur offrait des battements violents; la vue se troublait, et le malade accusait des picotements dans les yeux. Les topiques froids sur la tumeur et les sinapismes aux jambes calmaient toujours ces accidents.

La tumeur elle-même était le siége d'un phénomène très-inquiétant. A plusieurs reprises, à son extrémité inférieure, nous vîmes poindre une petite bosselure de 2 centimètres de diamètre environ, où les battements étaient plus forts; en même temps, on y sentait une fluctuation presque à fleur de peau; les téguments semblaient amincis et prenaient une teinte jaunâtre tirant sur le brun; et nous craignions de voir l'anévrysme se rompre. La bosselure mettait environ huit jours à se développer; puis, contre toute espérance, elle allait en décroissant, et après huit autres jours, il n'en restait plus de traces; la peau avait repris sa solidité et sa couleur ordinaire.

Vers le 15 octobre, une de ces bosselures venait de disparaître. Depuis trois semaines, le malade n'avait éprouvé ni accès de suffocation, ni accès de douleurs. Je jugeai le moment favorable pour lier la sous-clavière; et l'opération fut pratiquée le 17 octobre. Voici quel était alors l'état des choses.

La tumeur avait la forme d'un gros œuf. Son grand diamètre, dirigé à peu près verticalement, offrait une longueur de 8 centimètres, dont la moitié seulement au-dessus de la clavicule; la portion inférieure descendait jusqu'au niveau du bord inférieur du cartilage de la deuxième côte. Le diamètre transversal était en bas de 5 centimètres; en haut, de 2 centimètres seulement. La tumeur faisait au-dessus du plan des téguments voisins une saillie de 3 centimètres. Son bord interne recouvrait un peu le bord externe et l'extrémité supérieure du sternum. L'articulation sterno-claviculaire était complétement masquée et comme perdue

dans la tumeur ; la clavicule n'offrait pourtant aucune mobilité anormale. La main appliquée sur la tumeur y sentait des battements très-prononcés ; l'oreille y percevait une impulsion prolongée, sans bruit de souffle, suivie d'un repos auquel succédait un bruit clair, sec, remplacé immédiatement par l'impulsion prolongée. Ce mouvement et ce bruit se produisaient à peu près en même temps que ceux du cœur, sans leur être toutefois isochrones, vu la durée de l'impulsion. Les battements et les bruits du cœur étaient réguliers.

On voit qu'après tout la tumeur, ou du moins sa portion apparente, avait notablement diminué depuis la première opération. Ajoutons que la circulation était revenue dans tous les vaisseaux du côté droit de la tête, moins forte cependant que du côté gauche.

La déviation que j'avais rencontrée sur la carotide m'avait donné l'éveil, et j'explorai avec soin le trajet de la sous-clavière. Bien m'en prit ; en effet, elle avait subi une déviation analogue ; refoulée par l'anévrysme à 4 centimètres au-dessus de la clavicule, et reportée en dehors au point qu'elle passait sous cet os au niveau de son quart externe.

Je fis donc, à partir de 2 centimètres au-dessous du tiers externe de la clavicule, une incision oblique en bas et en dedans, ayant 9 centimètres 1/2 de longueur et se terminant à 1 centimètre environ au-dessous de l'extrémité inférieure de la tumeur. Le grand pectoral fut divisé avec précaution, et fournit trois artérioles qu'il fallut lier. L'aponévrose profonde fut divisée ensuite dans toute l'étendue de l'incision extérieure, et je portai le doigt dans la plaie pour reconnaître les battements de l'artère. Il n'y avait ni vaisseau ni battements dans toute l'étendue de mon incision ; mais je m'y attendais, et, en plongeant le doigt sous l'apophyse coracoïde, je sentis les battements de mon artère. Il fallut donc agrandir la plaie de ce côté, couper en travers et lier aux deux bouts la veine céphalique que j'avais d'abord voulu respecter ; puis, à une profondeur considérable, je dégageai la veine sous-clavière qui fut ramenée en dedans par un crochet, et je liai l'artère qui me parut saine. La plaie fut ensuite réunie avec trois épingles, et le fil de la ligature principale placé à l'angle supérieur et externe de la plaie. L'opération avait duré en tout 31 minutes ; et l'alèze passée sous le malade avait à peine été tachée de sang.

Le malade fut couché sur le côté gauche, l'épaule entourée de cataplasmes chauds et la plaie recouverte d'une simple compresse. De deux heures en deux heures, on lui donnait une pilule d'opium de 5 centigrammes.—*Gomme sucrée pour boisson ; julep gommeux pour empêcher la toux.*

La nuit fut calme. Dès le lendemain, on donna un bouillon, tout en continuant les pilules d'opium. Le malade en prit quatre ; il sommeilla une partie de la journée et dormit deux heures la nuit. Le pouls était normal à 75.

Le 19, il s'écoula un peu de sérosité de la plaie, dont les bords étaient tuméfiés de manière à rendre moins sensible la saillie de la tumeur anévrysmale. Le pouls à 76 ; appétit.—*Deux bouillons et un potage.*

Les pilules d'opium furent continuées cinq jours de suite, à la dose de quatre chaque jour. Il n'y eut point de fièvre ; le pouls resta normal. La toux se montrait de temps en temps, mais légère. Les battements qui, les trois premiers jours, avaient augmenté dans la tumeur, diminuèrent au bout du cinquième jour ; la tumeur s'était aussi un peu aplatie inférieurement, mais elle avait remonté légèrement dans le creux sus-sternal ; et, en ce point, les battements étaient très-prononcés.

Le 25, le pouls monta à 102, fort et vibrant ; la dyspnée était forte ; le malade fut

pris de quelques vomissements ; l'empâtement et la rougeur de la plaie avaient augmenté. L'extrémité inférieure de la solution de continuité avait laissé suinter un peu de sang. J'en écartai les bords avec un stylet mousse, et, par la pression, j'en fis sortir une masse considérable de caillots sanguins, exhalant une odeur fétide. Les épingles furent enlevées, et le fond de la plaie pansé à plat.—*Saignée de trois palettes.*

Le 26, même état.—*Nouvelle saignée de deux palettes.*—Le sang de l'une et de l'autre offrait une forte couenne.

Dès le 28, tous les accidents avaient disparu : le pouls était à 80 ; l'appétit revenu.—*Une portion.*

Le 29, la ligature tomba, douze jours après l'opération, sans entraîner avec elle de filaments organiques. L'état général s'améliorait de plus en plus : respiration plus libre ; plus d'étouffements ; douleurs de l'épaule presque nulles ; pouls à 78. Jusqu'ici, le membre supérieur droit avait été en partie paralysé. A partir de ce moment, le malade commença à serrer assez fortement, en même temps que les mouvements devenaient plus libres.

Le 31, la plaie était à peu près complétement cicatrisée. La tumeur avait manifestement changé de forme. Elle semblait avoir remonté en totalité, et s'être aplatie à son extrémité inférieure ; son bord le plus déclive se trouvait à plus de 3 centimètres au-dessus de l'incision. La partie supérieure, au contraire, s'était élargie, et était devenue un peu plus proéminente.

Le 1er novembre, le malade fut pris, à la suite d'un refroidissement extérieur, d'un peu de frisson et de malaise, avec une toux fréquente, de la dyspnée et de la suffocation ; le pouls à 104.—*Saignée de quatre palettes.*

Le 2, un érysipèle se déclara au côté externe de la tumeur, et bientôt la recouvrit tout entière. Deux autres saignées, donnant aussi du sang couenneux, restèrent à peu près infructueuses ; la dyspnée s'accrut jusqu'à l'angoisse ; les douleurs revinrent plus fortes que jamais ; de fréquents accès de suffocation achevèrent d'abattre les forces et le moral du malade ; et il succomba le 7 novembre, à une heure du matin. Je ne veux pas omettre de dire que, trois jours avant la mort, le pouls était redevenu sensible à la radiale. Il faut noter aussi, et l'on en verra l'explication à l'autopsie, que, le 5 novembre, la tumeur avait paru s'étaler et se ramollir comme si elle eût été recouverte par un œdème assez épais ; des battements s'étaient montrés à toute sa périphérie, notamment dans le creux sus-claviculaire ; et cette recrudescence des battements nous avait d'autant plus surpris que nous attribuions le changement d'aspect à un empâtement œdémateux du tissu cellulaire.

L'*autopsie* fut faite le 8 novembre, à neuf heures du matin. La peau offrait une teinte bleuâtre ecchymotique dans tous les points où s'étaient fait sentir, depuis le 5 novembre, des battements plus prononcés. On essaya d'abord de disséquer les téguments pour découvrir la poche anévrysmale ; mais cette dissection offrit les plus grandes difficultés, par suite des adhérences intimes de la peau avec les parties sous-jacentes. Au-dessous des téguments, le tissu cellulaire, les muscles sterno-mastoïdien, sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien, scapulo-hyoïdien, paraissaient en grande partie confondus avec la paroi antérieure de l'anévrysme ; et chaque coup de scalpel faisant des trouées dans la tumeur, il fallut se résigner à ouvrir le sac sans avoir pu l'isoler.

La tumeur ouverte laissa voir tout d'abord des caillots de sang noirâtre, ressemblant à une masse sanguine récemment coagulée. Ces caillots s'étendaient en haut, jusqu'au niveau de la partie supérieure du larynx ; à gauche et en bas, jus-

qu'au niveau de l'articulation sterno-claviculaire ; en dehors, ils dépassaient de quelques centimètres le bord externe du muscle sterno-mastoïdien. Au-dessous de ce sang coagulé, on découvrit une masse fibrineuse considérable, du volume d'un œuf de poule, et rappelant, par sa forme et sa dimension, celles de la tumeur avant le 5 novembre. Cette masse très-consistante était formée par des couches concentriques de fibrine légèrement rougeâtre, et occupait seulement la partie la plus inférieure de la poche anévrysmale ; elle était creusée à son centre, au niveau de l'orifice supérieur du tronc brachio-céphalique ; dans cette excavation flottait un caillot sanguin noir où la fibrine n'était pas séparée des globules.

Le sac anévrysmal occupait la terminaison du tronc brachio-céphalique, en comprenant l'origine de l'artère carotide primitive et de l'artère sous-clavière. Ses adhérences, ou plutôt sa fusion avec les parties environnantes, ne permettaient pas d'y reconnaître aucune des tuniques artérielles.

Le tronc de la carotide primitive, détaché de son origine, avait été refoulé en haut jusque près du larynx. Cette artère était réduite à l'état d'un cordon fibreux, dense, aplati, complétement oblitéré, tandis que l'artère sous-clavière conservait sa lumière et son calibre dans toute son étendue, excepté dans la partie où la ligature avait été faite ; son embouchure dans le sac anévrysmal était encore perméable et béante.

Toutes les artères collatérales qui naissent de la sous-clavière avaient leur calibre normal, excepté la scapulaire postérieure, dont le diamètre était sensiblement augmenté.

Les nerfs qui composent le plexus brachial à son origine, ainsi que le nerf pneumo-gastrique droit, examinés attentivement, présentent une consistance à peu près normale dans toute leur étendue. Toutefois, on remarque, dans les points qui avoisinent la tumeur, un léger aplatissement. Leur volume paraît être aussi un peu plus considérable que celui de leurs homonymes du côté opposé. Coupés en travers et examinés suivant leur longueur, ils offrent un aspect grisâtre, une teinte un peu plus foncée que ces mêmes nerfs du côté gauche.

Le cœur, un peu hypertrophié, présente un peu plus de mollesse et de pâleur qu'à l'état normal ; point de caillots fibrineux dans ses cavités ; seulement, on trouve quelques caillots noirâtres de sang récemment coagulé dans le ventricule gauche. Au reste, pas d'altération sur les parois.

L'aorte n'est pas sensiblement dilatée : ses tuniques interne et moyenne sont un peu épaissies, un peu plus friables ; et l'on sent, à travers la membrane interne, plusieurs petites concrétions calcaires disséminées çà et là, surtout près de l'insertion du tronc brachio-céphalique. Au reste, la coloration de la surface interne n'a rien d'anormal.

Le calibre du tronc innominé était notablement augmenté ; son diamètre était de près de 3 centimètres ; sa longueur de 2 centimètres 1/2. Au delà, ce vaisseau se continuait avec les parois du sac qui offraient en ce point 6 à 7 millimètres d'épaisseur avec une consistance et une apparence comme musculaire. C'était cette portion épaissie du sac anévrysmal qui se trouvait en rapport avec la partie supérieure du sternum, la clavicule et la première côte.

Ces trois os étaient érodés dans leurs points de réunion, sans apparence de carie ni de nécrose. Ainsi, les parties osseuses qui constituent l'articulation sterno-claviculaire droite étaient usées dans toute leur épaisseur ; le bord supérieur du sternum détruit ; et, chose remarquable, le tissu spongieux y était plus profondément miné par la tumeur que la portion compacte, de telle sorte que la couche compacte formait une crête saillante, dentelée en avant et en arrière de l'érosion du tissu

spongieux. La première côte était tellement usée près de son cartilage, qu'elle se fractura en ce point au moment où l'on séparait le sternum du reste de la poitrine. Le cartilage lui-même avait presque entièrement disparu.

La trachée et l'œsophage, situés l'un et l'autre derrière le sac anévrysmal, étaient libres de toute adhérence et dans un état parfaitement normal.

Les poumons offraient de nombreuses adhérences à la plèvre. Le poumon gauche était creusé au sommet d'une petite excavation contenant des concrétions crétacées. A sa base, des adhérences pleurales circonscrivaient un épanchement assez abondant, qui reposait sur le diaphragme.

Le cerveau n'a présenté rien à noter.

Nous nous bornons pour aujourd'hui à cette exposition du fait, nous réservant d'en déduire les corollaires comme complément aux recherches du docteur Holland.

REVUE CRITIQUE.

Médecine.

TRAITEMENT DE L'APHONIE PAR L'ÉTHER; *par* M. DELIOUX, *de Cherbourg*.

Le traitement de M. Delioux n'est dirigé que contre les aphonies nerveuses, et celles qui accompagnent les laryngites et laryngo-bronchites aiguës ou chroniques.

« Bien souvent, dit-il, il a été empiriquement constaté que les boissons alcooliques prises chaudes ou froides, pures ou délayées, et toujours, bien entendu, avec mesure, exercent une influence heureuse sur les extinctions de voix. Le grog et le punch, par exemple, dissipent parfois, mieux que les émollients et les béchiques ordinaires, ces laryngo-bronchites apyrétiques survenues brusquement à la suite d'un refroidissement ou de fatigue de la voix. Beaucoup d'individus, appelés porter longtemps la parole ou à chanter en public, savent donner à leur voix de la force, de l'éclat et de la durée en buvant préalablement d'un vin très-généreux, tel que le Xérès ou le Madère. L'éther, qui ressemble un peu à l'alcool par l'impression vive et pénétrante qu'il détermine sur le système nerveux, par l'ébriété même que son ingestion peut occasionner à certaine dose, me semblait propre à influencer favorablement une névropathie de l'organe vocal, d'autant mieux qu'à son action stimulante très-fugace s'adjoignent des propriétés antispasmodiques et calmantes d'une plus longue portée.

« L'expérience a justifié mes prévisions; l'éther exerce sur les extinctions de voix une influence manifeste, et souvent remarquable par sa promptitude.

« Dans les cas précités, j'administre aux malades une potion contenant de 1 à 4 grammes d'éther, par cuillerée, d'heure en heure ou à peu près, et de manière à soutenir constamment la médication. S'il s'agit d'une aphonie nerveuse simple, en général, plus elle est ancienne, plus l'action de l'éther tarde à se produire et moins elle est durable; au contraire, si elle est récente ou légère, elle disparaît avec plus de rapidité. Lorsque la voix ne reparaît pas avec son timbre normal au bout de quelques jours, j'abandonne le médicament, tant parce qu'il me semble alors insuffisant ou inefficace, que parce que beaucoup de malades le prennent au bout d'un certain temps avec répugnance. J'ai obtenu, à l'aide de ce moyen exclusivement employé, plusieurs guérisons rapides et sans récidives.

« Les aphonies qui accompagnent un

grand nombre de ces affections vulgairement désignées sous le nom de rhumes, laryngites, laryngo bronchites, avec altération plus ou moins prononcée de la voix, cèdent également dans beaucoup de circonstances à l'emploi de l'éther ; il m'a suffi parfois d'employer pendant deux ou trois jours, pendant un seul jour même les potions éthérées, pour enlever l'aphonie ou la diminuer très-notablement. Reste l'inflammation de la muqueuse aérienne qui suit son cours, mais souvent modifiée elle-même avantageusement par l'éther qui modère et atténue la toux. Dans ces cas, du reste, on ne doit pas s'en tenir à ce médicament ; on recourra simultanément au kermès, à l'ipéca, à l'oxymel scillitique, aux balsamiques, aux opiacés, suivant les indications ; et l'on peut faire marcher de front l'action de l'une ou de l'autre de ces substances et celle de l'éther, en les associant dans la même potion. Enfin l'action de tous ces médicaments sera très-puissamment accrue par l'usage constant de tisanes chaudes ; et celles qui contiendront des principes aromatiques, telles que la sauge et la menthe, viendront mieux que toute autre en aide à l'éther. Toutefois, quelque complexité que l'on introduise dans la médication, il sera toujours facile de discerner la portée spéciale de l'éther ; en effet, la plupart du temps, pendant son administration, on verra graduellement la voix se relever, s'éclaircir, pour s'éteindre de nouveau si le médicament est suspendu avant que l'aphonie soit complétement vaincue. Il est donc nécessaire de continuer l'éther pendant quelques jours avec persévérance, jusqu'à ce que l'on voie se maintenir l'amélioration obtenue dans la phonation.

« L'analogie qui existe entre les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'éther et du chloroforme m'a fait penser que ce dernier agent pourrait offrir les mêmes avantages que le premier dans le traitement de l'aphonie ; c'est ce que j'ai vérifié en employant le chloroforme à la dose de 50 à 75 centigrammes dans une potion ; j'ai été amené cependant à attribuer la supériorité dans l'espèce à l'éther. D'ailleurs, dans le cas d'insuccès par l'emploi de l'un de ces médicaments, on pourra expérimenter l'autre, et obtenir alors, comme il m'est parfois arrivé, de meilleurs résultats.

« Il est souvent très-curieux de suivre la rapide progression avec laquelle s'amende et disparaît l'aphonie. Parmi plusieurs exemples, j'en citerai un des plus probants : récemment, dans mes salles à l'hôpital de Cherbourg, un homme atteint de fièvre typhoïde à forme pectorale, était aphone depuis les premiers jours de sa maladie ; vers le commencement de la convalescence, une potion éthérée lui fut prescrite, et dès la fin du premier jour la voix est revenue et s'est maintenue invariablement à son timbre normal. »

(*Bull. de thérap.*)

DE LA CRÉOSOTE DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; *par* M. VERBEECK.

On sait que le goudron et la créosote ont été reconnus utiles dans le traitement de la phthisie tuberculeuse arrivée dans la période d'ulcération, c'est-à-dire alors que les masses tuberculeuses ramollies ont déjà formé, par la destruction du tissu pulmonaire, des cavernes pouvant être constatées au moyen de l'auscultation. Les mêmes effets en ont été obtenus dans les diverses formes de consomption pulmonaire connues sous le noms de *phthisie purulente ulcéreuse* et *phthisie pituiteuse*, qui se caractérisent par une expectoration abondante et fétide. Mais, pour que la créosote soit employée avec chance de succès, il faut, selon M. Verbeeck, que ces affections ne s'accompagnent pas d'éréthisme vasculaire. Du moment qu'il existe des signes de pléthore, d'inflammation ou même de gastricisme, son emploi doit être sévèrement repoussé de leur traitement.

C'est peut-être parce qu'on n'a pas tenu suffisamment compte de ces contre-indications, que les résultats obtenus par

les expérimentateurs ont offert tant de différence. Cette idée a déterminé M. Verbeeck à éprouver lui-même l'action de cet agent chimique sur l'organisme animal, et à comparer ses effets dans la phthisie pulmonaire avec ceux d'autres moyens, tels que lotions alcooliques, frictions avec le lard, huile de foie de morue, huile d'olive, inspiration de vapeurs de charbon, etc. Il est résulté de ces expériences que réellement la créosote administrée dans les circonstances indiquées, mérite d'être soumise à une nouvelle et soigneuse expérimentation.

La créosote a été essayée dans dix cas de phthisie purulente. Les effets observés par l'auteur ne répondent pas complétement à ceux obtenus par d'autres praticiens. A la dose de 2 gouttes par vingt-quatre heures, et donnée pure, elle ne modifie en rien les fonctions digestives; mais elle les trouble sensiblement à dose plus élevée. Elle n'a eu aucune influence sur la quantité de l'urine et n'a communiqué dans aucun cas une coloration noirâtre à ce liquide, où cependant l'odeur caractéristique décéla sa présence. Chez tous les malades, on a pu remarquer pendant les premiers jours de son administration des sueurs abondantes et une augmentation des matières expectorées, surtout la nuit. Peu à peu ces phénomènes cessèrent, la toux se calma, l'odeur de l'haleine devint meilleure, et la langue, chargée jusqu'alors d'un enduit jaunâtre, devint moins saburrale, en même temps que les matières expectorées prirent un aspect de moins en moins purulent. La dose la plus élevée à laquelle la créosote ait été administrée a été de 6 gouttes par vingt-quatre heures, en commençant toutefois par une dose de 2 gouttes; 4 gouttes, au contraire, comme première dose, ne furent guère supportées et occasionnèrent de la diarrhée. Les premières doses furent données dans une décoction de guimauve ou de lichen carragheen; les doses suivantes et plus fortes sous forme pilulaire, associées à de l'extrait de réglisse.

On voit que M. Verbeeck n'a pas administré la créosote à dose aussi élevée que quelques autres praticiens. La raison en est qu'une dose dépassant 6 gouttes n'était guère supportée par les malades; elle occasionnait de l'irritation intestinale et un sentiment de brûlure à la gorge.

Deux des malades traités par la créosote ont été soumis en même temps à des inhalations de vapeur de goudron, mais sans aucun avantage; trois autres ont obtenu, au contraire, un effet palliatif de l'eau goudronnée prise avec du lait. Les cinq malades restants n'ont fait usage que de la créosote seule: deux de ces cinq malades ont succombé, trois autres ont été rétablis pour un assez long temps. Il est à remarquer que deux de ces sujets guéris avaient été renvoyés de l'armée comme poitrinaires: ils étaient âgés de 25 ans; et leur affection, de nature héréditaire, se caractérisait par de la fièvre, de la toux, de la dyspnée, de l'amaigrissement, des sueurs survenant vers le matin, de la chaleur aux paumes des mains et à la tête après le repas, et par une expectoration de matière purulente très-abondante et fétide. Ils offraient, du reste, tout le cachet des étiques, et avaient le pouls fréquent et variable. La percussion donnait un son mat, et l'auscultation laissait entendre du gargouillement, du râle caverneux et de la pectoriloquie aux deux côtés de la poitrine. Tous ces symptômes se trouvaient également chez le troisième sujet, qui était une fille de 24 ans; elle avait de plus souffert antérieurement de plusieurs inflammations pulmonaires.

Dans tous les cas, la créosote fut administrée de la manière suivante :

℞ Décoction de racine de guimauve ou de lich. carraghen	℥ xj.
Créosote. . . . . goutt.	ij.
Sirop de pavot.	ʒ vj.

A prendre une cuillerée et demi toutes les deux heures.

Après quelques jours d'usage de cette mixture, la créosote fut administrée en

pilules, associée à de l'extrait de réglisse; et la dose en fut graduellement augmentée jusqu'à 6 grains, puis diminuée jusqu'à 2 grains.

En résumé, les effets obtenus avaient surpassé toute attente. Encore faut-il remarquer que tous les malades appartenaient à la classe pauvre, circonstance qui empêchait de soutenir le traitement par une diète convenable; nonobstant cela, les sujets qui n'avaient pas succombé avaient pu reprendre leurs travaux après un traitement de quatre mois, et, six mois plus tard, ils paraissaient encore en pleine santé. A cette époque l'auteur écrivait : « *Puisse l'avenir maintenir ces guérisons, et ne pas venir m'accuser d'avoir mis trop d'empressement à prendre des conclusions favorables à la créosote.* »

Malheureusement, il n'en a pas été ainsi : deux des malades qu'il avait lieu de croire guéris, la jeune fille et un des anciens militaires, n'ont pas tardé longtemps à redevenir malades et ont succombé en 1848, à la suite de la phthisie pulmonaire; le troisième malade, un ancien canonnier, qui paraissait être rétabli, a fini de la même manière au printemps de 1851. Il en conclut que la créosote, d'après les faits du moins qui lui sont propres, ne peut qu'être rangée parmi les remèdes palliatifs de la phthisie pulmonaire.

(*Annal. méd. de la Flandre occid.*)

DE L'UROHÉMIE OU PRÉSENCE DES PRINCIPES CONTITUANTS DE L'URINE DANS LE SANG; *par M. le professeur* FRERICHS, *de Kiel.*

On sait que la maladie, dite de Bright (néphrite granuleuse, albumineuse) s'accompagne d'un grand nombre de perturbations nerveuses et sécrétoires, dont la cause est généralement attribuée à l'urohémie ou viciation du sang par son mélange avec les éléments de l'urine. Cette affection se présente sous deux formes, la forme chronique et la forme aiguë.

1° La forme *chronique*, qui se développe lentement, d'une manière en quelque sorte insensible, et qui est presque toujours mortelle, s'annonce par un facies spécial, une bouffissure caractéristique du visage, par de l'indolence et de la propension au sommeil. Les malades se plaignent de lourdeur de tête, d'une céphalalgie gravative; ils ont les yeux comme fatigués, privés d'expression; ils sont apathiques, indifférents, et leurs mouvements lents et paresseux. Ces phénomènes diminuent du moment que la sécrétion urinaire se rétablit, et disparaissent alors quelquefois tout à fait, au moins momentanément. D'autres fois ils s'aggravent; la somnolence est remplacée par de l'assoupissement et de la léthargie, la respiration devient stertoreuse, et passe enfin au râle des agonisants. La mort est généralement précédée de convulsions. Cette forme chronique est la plus commune et peut se prolonger pendant plusieurs semaines.

2° La forme *aiguë*, très-différente de la première, tant au point de vue des symptômes que de la prognose, se déclare brusquement et à l'improviste, et se présente sous trois aspects différents; tantôt comme dépression des fonctions cérébrales, tantôt comme irritation de la moelle épinière, tantôt, enfin, avec les symptômes de ces deux affections réunies. Dans le premier cas, après quelques accidents avant-coureurs de courte durée, tels que céphalalgie, vertiges, nausées, vomissements, délire, quelquefois cependant sans aucun prodrôme, les malades tombent dans un profond assoupissement, la face est communément pâle, les pupilles peu impressionnables à la lumière; d'autres fois le visage est comme plaqué de rouge, les pupilles sont contractées : le pouls est calme (60-90), la respiration s'accélère et s'embarrasse. Dans le deuxième cas, il survient des convulsions semblables à celles de l'éclampsie ou de l'épilepsie, qui laissent entre elles de courts intervalles pour revenir ensuite. Le malade

conserve quelquefois toute sa connaissance, mais souvent il arrive du coma et une respiration stertoreuse. Cette forme se déclare souvent après une suppression brusque de la sécrétion urinaire, et surtout dans la maladie de Bright consécutive à la scarlatine ou au typhus : elle aboutit quelquefois à la mort au bout de quelques heures, mais peut se terminer aussi favorablement.

Le diagnostic de l'intoxication urineuse aiguë n'est pas toujours facile. On la confond quelquefois avec l'apoplexie sanguine ou séreuse, avec des convulsions hystériques, avec des spasmes réflexes des espèces les plus diverses, avec l'empoisonnement par les narcotiques et, chose bizarre, l'on voit parfois des individus dont les reins sont dans un état de désorganisation avancée, vaquer cependant, et sans trop souffrir, à leurs occupations.

Indépendamment de ces troubles généraux de l'action nerveuse, on rencontre quelquefois, comme expression de l'urohémie, des perturbations dans les organes des sens, surtout dans ceux de la vue et de l'ouïe ; on remarque surtout le développement prompt et rapide de l'amblyopie portée jusqu'à l'amaurose. On sait que M. Landouzy a présenté ce symptôme comme accompagnant constamment l'albuminurie; mais M. Frerichs considère cette assertion comme exagérée. On ne peut contester cependant que plusieurs fois l'affaiblissement de la vue est le premier et le plus important symptôme d'une dégénérescence commençante des reins.

Des anomalies très-marquées précèdent et accompagnent l'apparition de l'urohémie. La sécrétion de l'urine diminue tout d'abord, quelquefois elle est supprimée totalement. L'urine est altérée dans sa composition, se trouble, devient sanguinolente et albumineuse. Le retour des urines correspond à une diminution de l'urohémie.

Un symptôme constant et se présentant dès le début de la maladie, c'est le vomissement. Il ne se compose d'abord que d'aliments mal digérés, acides; plus tard, et au milieu des plus violents efforts, le malade rejette des matières muqueuses, teintes en jaune par la bile, ou des matières ténues, aqueuses : celles-ci n'ont en général plus de réaction acide ; elles sont ou neutres ou alcalines, et répandent alors une odeur ammoniacale, urineuse, pénétrante, et à l'approche d'une tige de verre trempée dans l'acide chlorhydrique se couvrent d'une abondante vapeur blanche : on n'y rencontre pas d'urée inaltérée. Par conséquent, ce n'est pas à l'état d'urée que cette substance est éliminée du corps par le vomissement, mais après avoir été transformée en carbonate ammoniacal. Suivant M. Frerichs, ce ne serait pas dans l'estomac et sous l'influence du ferment digestif, mais dans le sang même que cette décomposition s'opérerait. C'est en débarrassant le sang de l'urée décomposée que le vomissement parviendrait souvent à retarder les accidents nerveux et quelquefois à en prévenir l'explosion. On remarque souvent aussi de la diarrhée dans les périodes avancées de la maladie de Bright, mais il reste encore à déterminer si elle se trouve dans les mêmes rapports avec l'urohémie que le vomissement. La sécrétion pulmonaire présente des particularités intéressantes. Dès que se manifestent les symptômes de l'intoxication urique, le coma, les convulsions, etc., etc., des quantités notables de carbonate ammoniacal, proportionnelles à l'intensité des phénomènes urohémiques, apparaissent dans l'air expiré. Cela s'observe également chez les animaux auxquels les reins ont été extirpés.

Relativement aux caractères anatomiques de la maladie, il est à remarquer que les lésions des centres nerveux ne sont pas en rapport avec la violence des troubles fonctionnels observés pendant la vie. Le cerveau et ses enveloppes peuvent présenter tous les degrés d'injection, depuis l'anhémie jusqu'à l'hyper-

hémie; assez fréquemment il y a épanchement séreux dans les ventricules et sous l'arachnoïde. L'estomac n'est nullement altéré dans sa texture; on y trouve parfois des ecchymoses et généralement une légère hyperhémie. Même alors qu'il a existé une diarrhée abondante, le canal intestinal ne présente pas d'altération; quelquefois un peu d'injection de la muqueuse dans le gros intestin et quelques follicules ulcérés. Le sang offre diverses altérations dans ses propriétés physiques. Quelquefois il n'est que peu ou pas du tout coagulable; d'autres fois il s'y forme des caillots solides, tenaces : la couleur en est tantôt claire, tantôt foncée. L'auteur a cru remarquer constamment une nuance violette à celui des malades et des animaux qui succombaient. L'odeur n'a souvent rien d'insolite, quelquefois elle est ammoniacale, d'autres fois pareille à celle de l'urine putréfiée. (Jaksch a signalé l'existence de l'odeur urineuse dans plusieurs organes d'individus succombant à l'urohémie, et Hammernik chez les cholériques typhoïdes. L'analyse chimique découvre, partout où des symptômes d'urohémie se manifestent, la présence dans le sang de carbonate ammoniacal et généralement aussi des traces d'urée non décomposée. La quantité d'ammoniaque est variable. Quelquefois assez grande pour affecter désagréablement l'odorat, elle est moins abondante généralement, mais toujours suffisante pour que l'alcali se décèle au contact du sang avec de l'acide chlorhydrique, ou par une distillation faite avec précaution.

La rétention dans le sang des éléments de l'urine donne l'explication de tous les phénomènes de l'urohémie. En effet, en supprimant artificiellement chez des animaux la sécrétion urinaire, on produit chez eux un groupe de symptômes semblables à celui de cette maladie. Les animaux auxquels on enlève les reins périssent du premier au cinquième jour. L'opération terminée, ils paraissent ne plus souffrir; mais bientôt surviennent des vomissements de matières visqueuses, aqueuses, jaunes; de la diarrhée, du coma, des convulsions et la mort. En vue de constater si c'est à la rétention de l'urée seule ou à celle de la totalité des substances constituantes de l'urine que les phénomènes urohémiques sont dus, on a fait différentes injections dans les veines d'animaux soumis au préalable à la néphrotomie; mais le résultat n'en ayant pas semblé satisfaisant au docteur Frerichs, il fit de nouvelles expériences, en 1849, à l'Institut physiologique de Gœttingue, et voici les conclusions qu'il en déduisit.

Les phénomènes de l'intoxication urohémique ne sont produits ni par l'urée, ni par aucun des autres éléments de l'urine, soit isolés soit réunis; ils sont dus exclusivement à la transformation en carbonate ammoniacal de l'urée retenue dans le sang ; transformation opérée sous l'influence d'un ferment particulier. Le carbonate ammoniacal est l'agent délétère qui occasionne tous les accidents. L'injection de ce sel dans le sang suffit pour donner naissance à tous les phénomènes de l'urohémie. Le sang chargé d'urée indécomposée peut circuler longtemps impunément dans l'économie.

Pour établir que dans toute intoxication urohémique il s'opère une transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque, l'auteur s'appuie sur deux ordres de preuves :

1° La première expérimentale. Il injecta dans les veines de plusieurs chiens, auxquels on avait enlevé les reins, une solution de 2 à 3 grammes d'urée. Pendant les premières heures ces animaux n'offrirent rien de maladif; d'où il conclut que l'urée, comme telle, n'exerce aucune influence sur le système nerveux. Après un temps variable (1 1/4 d'heure jusqu'à huit heures), on voyait survenir de l'agitation et des vomissements, par lesquels, en cas de plénitude de l'estomac, il était rejeté une matière chymeuse acide, et, d'autres fois, une masse muqueuse, colorée en jaune, ayant une

réaction alcaline. Dès lors on reconnaissait la présence de l'ammoniaque dans l'air expiré; des convulsions survenaient, se manifestant et cessant alternativement, et aboutissant à un coma de plus en plus profond et accompagné de respiration stertoreuse. Ces convulsions toutefois manquaient souvent. On trouvait après la mort, qui survenait entre deux heures et quart jusque dix heures après l'injection, une quantité notable d'ammoniaque dans le sang; le contenu de l'estomac était fortement ammoniacal (urineux) et chargé de carbonate d'ammoniaque ;

2° La seconde inductive. L'auteur établit que l'introduction artificielle du carbonate d'ammoniaque dans le sang produit l'ensemble complet des symptômes caractéristiques de l'urohémie.

L'auteur examine ensuite la question de savoir si dans la maladie de Bright la mort est due à l'intoxication urohémique. Il fait remarquer qu'en cas de dégénérescence progressive des reins, la mort en est, pour ainsi dire, l'issue naturelle. Cependant elle y arrive aussi de plusieurs autres manières ; par l'inflammation des tissus séreux ou parenchymateux, par épuisement, à la suite des vomissements, de la diarrhée, des hydropisies. Sur deux cent quarante-un cas terminés par la mort, quatre-vingt-six, et par conséquent un tiers seulement étaient dus à l'urohémie. Relativement au rapport qui existe entre l'intoxication urohémique et l'hydropisie, il fait remarquer que la cessation de celle-ci précède nécessairement l'urohémie, et l'explique en admettant que les épanchements aqueux, qui sont toujours plus riches en urée que le sang, enlèvent à ce dernier liquide une grande quantité de cette substance.

Relativement au *diagnostic* de l'urohémie, il est bon de rappeler ce que nous avons dit plus haut, à savoir qu'il est plusieurs de ses symptômes qui pourraient faire prendre le change. En effet, il en est qui lui appartiennent en commun avec l'apoplexie cérébrale, le typhus, la gastrite, les convulsions et l'empoisonnement par les narcotiques. Pour se diriger dans sa recherche, il faut s'occuper avant tout de l'examen scrupuleux de la quantité et de la qualité des urines, et faire l'essai de l'air expiré, à l'effet de s'assurer s'il contient de l'ammoniaque.

Pour terminer, l'auteur pose quelques *indications* curatives qui dérivent de sa théorie comme autant de corollaires :

1° Rétablir et régulariser la sécrétion urinaire (digitale, sels neutres). En cas d'altération avancée des reins, cette indication disparaît ;

2° Empêcher la décomposition de l'urée accumulée dans le sang. Il n'existe en réalité d'autre moyen pour y parvenir que celui d'éviter tout ce qui peut favoriser cette décomposition ;

3° Réprimer l'action délétère sur le système nerveux du carbonate d'ammoniaque qui se développe dans le sang. On remplit ces indications rationnellement, par des acides propres à former avec l'ammoniaque des composés innocents, le chlore, les acides végétaux, lotions et et lavements avec le vinaigre : empiriquement, par des purgatifs énergiques.

(*Vierteljahrschrift für die pract. Heilkunde; et Journ. de méd. de Bruxelles.*)

ESSAIS SUR L'EMPLOI DE LA VÉRATRINE CONTRE LE RHUMATISME ARTICULAIRE ; *par* M. PIÉDAGNEL.

On a vu dans le Mémoire de M. Upshur (voir ci-devant, p. 65) combien peu le vin de colchique lui avait réussi dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Il employait cependant le vin de bulbes, qui contient de la vératrine ; peut-être aussi cet agent n'était-il pas donné à doses assez fortes. Quoi qu'il en soit, dans ces derniers temps M. Piédagnel a substitué la vératrine à la teinture de colchique, et il en a obtenu d'excellents résultats. Cet habile praticien administre ce médicament par pilules de 1 demi-centigramme chacune.

Le premier jour il en prescrit trois, à prendre une le matin, une à midi, une le soir ; quelquefois cependant il commence par quatre Chaque jour, il augmente d'une pilule, et va ainsi jusqu'à dix, nombre qu'il ne dépasse jamais. C'est donc 0,05 centigrammes au plus qu'il fait prendre dans les vingt-quatre heures.

Les deux observations qui suivent feront du reste connaître son mode d'administration. M. Caillot de Montureux, à la thèse duquel nous les empruntons, ajoute que, depuis deux ans qu'il suit le service de M. Piédagnel, il a presque toujours vu les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu guérir très-promptement par l'usage exclusif de la vératrine et d'une boisson légèrement sudorifique.

Si ce médicament produit des accidents du côté du tube digestif, tels que chaleur à la gorge et à l'estomac, vomissements, diarrhée, M. Piédagnel le suspend pour le reprendre ensuite, s'il y a lieu. Pendant cette interruption, il donne des bains de vapeur au malade.

Jamais M. Piédagnel n'a recours à la saignée. Voici maintenant les observations.

Obs. I. — Marie-Louise Busy, âgée de 16 ans, assez souvent affectée de maux de tête et de battements de cœur, ne se souvient pas d'avoir eu une maladie un peu grave depuis l'âge de 4 ans. Arrivée à Paris, le 1er mai 1850, elle est tombée malade huit jours après. Elle a éprouvé au cou une douleur vive, qui s'est bientôt fait sentir dans toutes les articulations, mais surtout dans celles des jambes. Elle traîna pendant près de quatre mois sans se soigner ; seulement, comme ses règles s'étaient supprimées, elle prit quelques bains de pieds et du fer ; et sa maladie devenant plus grave de jour en our, elle se décida enfin à entrer à l'hôpital le 28 août.

Le 29. Elle est au lit, elle peut à peine se remuer ; elle souffre dans toutes les articulations, surtout dans celles des genoux et des poignets. Les articulations des doigts et des poignets sont gonflées. Elle remue les doigts, mais ne peut pas serrer les objets qu'on met dans sa main. Les efforts qu'elle fait pour y parvenir lui font éprouver des douleurs qu'elle compare à des piqûres des sangsues. Fièvre, céphalalgie, battements de cœur, inappétence ; elle est complétement privée de sommeil. Le cœur ne présente rien de particulier, si ce n'est que les battements sont plus forts, plus éclatants et parfois plus précipités. — *Deux pots de bourrache, quatre pilules de vératrine, de 1/2 centigramme chacune, à prendre de six heures en six heures ; bouillons et potages.*

Le 30. Elle prétend que les pilules lui donnent dans l'estomac la sensation de piqûres, quelque temps après qu'elle les a prises. Elle éprouve parfois des crampes ; mais elle les a éprouvées dès le commencement de la maladie. — Même prescription ; *cinq pilules de vératrine.*

Le 31. Elle ressent toujours quelques légères douleurs d'estomac après avoir pris les pilules. Elle a bien dormi ; son appétit est revenu ; elle souffre un peu moins. — *Même prescription.*

Le 1er septembre. Ses règles ont apparu un peu pendant la nuit. Elle souffre beaucoup moins. Le gonflement des doigts et des poignets a diminué notablement. Elle a bien dormi et a bon appétit. — *Même prescription.*

Le 2. Elle n'a presque plus de douleurs ; le gonflement des doigts est à peu près complétement disparu.—*Même prescription ;* 1/5 *d'aliments.*

Le 3. — Le mieux continue, l'enflure a disparu.—*Même prescription ;* 2/5 *d'aliments.*

Le 4. Elle se lève et marche dans la salle sans éprouver de douleurs.—*Tisane commune ;* 4/5 *d'aliments.*

Les jours suivants, la malade va de mieux en mieux, et elle sort le 14.

La vératrine a été administrée pendant six jours.

Obs. II. — Mme Lemaire, âgée de 61 ans, d'une constitution forte et robuste, a eu, il y a deux ans, des douleurs dans toutes les articulations. Ces douleurs sont revenues, mais beaucoup plus fortes, depuis une quinzaine de jours. Elle est entrée à la Pitié, le 4 septembre 1850.

Le 5. Elle se plaint de douleurs vives dans le dos, aux poignets, aux doigts, aux genoux et aux pieds. Toutes ces articulations sont gonflées, peu du côté gauche, beaucoup du côté droit. Elle ne peut pas marcher, et ne ferme que difficilement et incomplétement la main droite. Il existe une rougeur assez vive aux articulations métacarpiennes de l'index et du médius. Les battements du cœur sont profonds et un peu forts. Elle a de la fièvre et ne dort pas.—*Deux pots de bourrache, 6 pilules de vératrine; bouillons et potages.*

Le 6. La malade est dans le même état. — 6 *pilules de vératrine.*

Le 7. Même état.—*Même prescription.*

Le 8. Les articulations du côté gauche sont assez bien, celles du côté droit sont un peu désenflées. La peau de la main, qui était dure et résistante, est maintenant molle et souple. Hier soir, la vératrine a causé des accidents; la malade a éprouvé une sensation de chaleur à la gorge et à l'estomac, elle a vomi; elle a eu des battements de cœur, et se plaint encore d'un grand mal de tête.—M. Piédagnel supprime la vératrine. — *Deux pots de bourrache; bouillons et potages.*

Le 9. Depuis que les accidents causés par la vératrine ont cessé, la malade se trouve bien. Les articulations vont mieux; elle demande à manger. Elle souffre encore à la gorge. — *Bourrache, julep gommeux; bains de vapeur;* 1/5 *d'aliments.*

Les 10, 11 et 12 septembre, rien de nouveau; le côté gauche est guéri. — *Même prescription que le* 9.

Le 13. La main droite est complétement désenflée, le genou droit également. Il y a un peu de tuméfaction au pied droit, mais très-peu. Elle se plaint de douleurs dans tout le côté droit du corps. — *Même prescription.*

Les 14, 15 et 16, rien de nouveau; la malade va de mieux en mieux.

Le 17. La malade paraît complétement guérie.

Le 18. Dans la nuit du 17 au 18, la malade a de nouveau senti des douleurs au poignet droit et au genou gauche. — *Bourrache;* 1/5 *d'aliments.*

Le 19. La douleur a disparu au genou, mais elle persiste au poignet. La malade se plaint de la faim. — *Bain de vapeur;* 3/5 de nourriture.

Le 20. La malade va très-bien.

Le 23, elle est sortie guérie.

Ces deux observations, si elles ne suffisent pas pour démontrer d'une manière incontestable l'efficacité de la vératrine contre le rhumatisme articulaire aigu, sont de nature au moins à fixer l'attention des praticiens.

TRAITEMENT DU LOMBAGO PAR UN LINIMENT DE TARTRE STIBIÉ ET DE TÉRÉBENTHINE, *par* M. DELFRAYSSÉ.

Voici, d'abord, quelle est la composition du liniment de M. Delfrayssé :

Essence de térébenthine..	30 gramm.
Tartre stibié............	4 —

Pour un liniment; — à étendre sur la région malade en quatre frictions à une heure d'intervalle.

Nous passons directement aux observations. Elles ne sont encore qu'au nombre de trois; mais le résultat a été si prompt et si complet, que la médication y a eu manifestement une grande part.

« Obs. I. — Jean Fournier, patron de bateaux, habitant la commune de Douelle, se plaignait depuis longtemps d'une douleur sourde et incommode vers la région inférieure du dos, qui augmentait ordinairement d'intensité au passage d'une saison à l'autre, sans l'obliger pourtant à suspendre ses travaux habituels. Cependant, le 18 janvier dernier, ses souffrances s'exaspérèrent dans la nuit d'une manière si violente qu'il faisait

retentir le quartier de ses cris, et qu'il m'envoya aussitôt un émissaire pour me prier de me rendre immédiatement auprès de lui ; bien que la nuit fût froide et très-mauvaise, j'obéis à son invitation, et je trouvai ce malheureux en proie aux douleurs les plus atroces. Le lombago chronique dont il était atteint depuis longtemps était passé à l'état aigu, et les souffrances s'était exaspérées avec une incroyable vivacité ; comme le village ne possède pas de pharmacien et que les plus voisins sont à une distance considérable, je fus obligé d'avoir provisoirement recours aux moyens usuels que j'avais sous la main en attendant que mon liniment fût arrivé. Aussitôt qu'il fut en ma possession, je me hâtai d'envelopper ma main d'une vessie mouillée, ramollie, et d'étendre ainsi le topique sur toute la région que la douleur avait envahie ; au bout de cinq minutes, la peau commença de rougir et la douleur de se calmer ; le malade ne pouvait trop se féliciter d'un succès si rapide et si inespéré ; et, bien qu'il éprouvât aux lombes une vive sensation de chaleur, il m'engageait lui-même à continuer l'embrocation, assurant que ses souffances diminuaient de plus en plus sous l'influence de cette médication. Au bout d'un quart d'heure, il s'écria content et radieux qu'il était complétement guéri, et, en effet, à compter de ce moment, il n'en ressent plus la moindre atteinte.

« Obs. II. — Le sieur Bessaix, tonnelier et cultivateur, âgé d'environ cinquante ans, fut pris subitement, dans la nuit, d'une vive douleur à la région supérieure et latérale de la cuisse, vers le milieu du mois de janvier dernier ; il m'envoya aussitôt son gendre pour me prier de venir immédiatement à son secours : avant deux heures j'étais auprès de lui.

« Ce malade, qui est d'un caractère calme et résigné, ne pouvait néanmoins s'empêcher de jeter de hauts cris, en disant qu'on lui déchirait la cuisse. Il éprouvait dans la région sciatique une douleur si vive et si poignante, qu'on le voyait mordre ses draps comme un enragé, se roidir, se cramponner au dossier du lit et invoquer la mort comme son seul remède. Cette affreuse position fut un peu améliorée par une forte saignée locale suivie d'un bain de vapeur ; mais quelques heures plus tard la douleur se réveilla dans toute son intensité, et mon liniment, employé comme dans le cas précédent, en fit immédiatement justice.

« Obs. III. — Le nommé Pons, charpentier, âgé de quarante-cinq ans, éprouva subitement, le 15 mars dernier, une forte douleur dans la région sciatique en portant une pièce de bois sur l'épaule. Cette douleur prit en quelques instants un caractère si violent qu'il fut forcé de poser son fardeau et se traîna péniblement chez lui à l'aide du bras d'un autre ouvrier, bien que sa demeure ne fût qu'à une centaine de pas. Son mal, supportable à son début, devint en quelques instants intolérable. Pons m'envoya chercher aussitôt, et je me rendis à son domicile. A mon arrivée, le malade suait abondamment, et je crus devoir me borner à favoriser d'abord la crise sudorale, qui parut un moment le soulager ; mais bientôt les douleurs s'exaspérèrent de nouveau, et l'infortuné Pons fut en proie aux souffrances les plus horribles. Après avoir mis en usage sans aucun succès les moyens qui étaient à ma disposition, je me hâtai de prescrire mon liniment ; mais pendant que le porteur de mon ordonnance se rendait chez le pharmacien, les douleurs devinrent si horribles, que le frère de cet individu vint m'éveiller pendant la nuit pour me dire qu'on n'osait se servir de ce médicament, à cause de la violence du mal, et qu'on me priait de revoir le malade avant d'en essayer l'application. La position de cet individu était en effet si mauvaise, que j'hésitai moi-même à tenter ce moyen ; mais comme tous les médicaments en usage dans ces maladies avaient préalablement échoué et que le malade demandait un peu de soulagement à tout prix,

je me déterminai à le soumettre immédiatement à son action, et le succès le plus heureux couronna bientôt ma tentative. »

Comment agit le liniment en question? Est-ce comme rubéfiant énergique, ou bien par une propriété spéciale? M. Delfrayssé s'abstient de décider, et avant de rechercher le comment, il est sage d'attendre si une expérience plus étendue confirmera d'abord l'efficacité du moyen.

(*Gaz. des hôp.*)

Chirurgie.

DE L'ORIGINE DE L'ÉCOULEMENT SÉREUX *par l'oreille dans les fractures de la base du crâne;* par M. JANTET, *interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon.*

De nombreuses observations ont confirmé la valeur de l'écoulement de sérosité par l'oreille comme signe pathognomonique des fractures de la base du crâne. Ce qui, jusqu'à présent, est resté indéterminé, c'est la source de l'écoulement séreux.

L'observation suivante présente un véritable intérêt sous ce rapport.

OBS. — Jean Sighicelli, âgé de 42 ans, crocheteur, en déchargant un bateau, le 24 juillet, fut frappé à la région temporale gauche par une énorme pièce de bois. Le choc fut violent et le blessé fut jeté avec force contre le bord d'un bateau, de manière que ce second coup porta sur la région temporo-pariétale droite. La perte du sentiment et du mouvement fut complète. Durant trois heures le malade resta plongé dans un assoupissement léthargique, qui peu à peu se dissipa par les efforts de la nature et par les premiers soins qui furent donnés au malade sur le lieu de l'accident. Quelques heures après il fut conduit à l'Hôtel-Dieu, service de M. Barrier, où on lui administra un lavement purgatif, des sinapismes sur les membres. Il n'y avait pas de réaction, le pouls était faible; on ne fit pas de saignée.

Le 26 juillet, on constate un écoulement par le conduit auditif droit d'une sérosité sanguinolente; il y a paralysie du nerf facial droit, la commissure labiale gauche est tirée en dehors, celle du côté droit est tombante, le muscle palpébral droit ne se contracte plus, les paupières sont écartées et la volonté ne peut les rapprocher. Il y a du strabisme en dedans et peu de mobilité dans le globe de l'œil; celui-ci est plus saillant que l'œil gauche. Nous omettons à dessein les autres symptômes.

Le 27, léger sommeil, pendant la nuit; écoulement considérable de sérosité sanguinolente, un peu de fièvre.

Le 29, l'écoulement est purement séreux.

Le 30, nuit agitée, céphalalgie frontale droite, intense; l'écoulement séreux cesse le soir.

Les jours suivants, amélioration progressive.

Le 7 août, Sighicelli quitte l'hôpital sans écouter les conseils du chef de service qui est loin de le croire à l'abri d'accidents ultérieurs. En effet, quelques jours après sa sortie, les différents symptômes morbides qui avaient disparu en partie ne tardèrent pas à s'aggraver, et le contraignirent bientôt à venir demander de nouveau les secours de l'hôpital, où il rentra le 24 août.

On parvint encore à combattre les accidents, et le 7 septembre le malade se levait et se promenait dans les cours de l'hôpital.

Mais le 16, à cinq heures du matin, le malade ressent de fortes douleurs dans la tête; à six heures, il descend dans la cour, se promène pendant une heure. A sept heures, au moment de la visite, il accuse une lassitude générale, il éprouve des étouffements; sa respiration est difficile, le pouls est lent, peu fort, peau sans chaleur anormale. Son état empire

très-rapidement, et la mort arrive une heure après la visite, à huit heures du matin.

Autopsie.—La pie-mère et l'arachnoïde gorgées d'un sang noir, épais, ne présentent pas de concrétions à leur surface ni d'adhérences.

Le cerveau à la surface est d'une consistance normale. La substance médullaire du lobe droit antérieur est ramollie, réduite en une bouillie jaunâtre, non enkystée, ne renfermant ni vaisseaux, ni caillots.

Le ventricule latéral droit renferme un caillot considérable de formation récente. Les veines du plexus choroïde sont gorgées de sang.

Les corps striés et les couches optiques sont sains. La base du cerveau, l'hémisphère gauche ne présentent rien d'anormal.

La dure-mère, non adhérente à la partie antérieure du rocher du côté droit, *ne présente aucune solution de continuité*. Entre elle et la paroi antérieure du rocher, il n'existe aucune trace de caillot sanguin.

A la base du crâne existe une fracture transversale, dirigée obliquement de droite à gauche, d'arrière en avant, de la partie inférieure et moyenne du pariétal droit à la portion écailleuse du temporal gauche.

En procédant de droite à gauche, on trouve le pariétal fracturé verticalement à sa partie moyenne : l'écartement des bords de la fracture est peu prononcé.

La portion écailleuse du temporal est séparée de la portion mastoïdienne par un écartement considérable.

Le conduit auditif externe est divisé en deux parties égales, suivant la scissure de Glaser.

La face supérieure du rocher est divisée longitudinalement, suivant la direction du sillon qui se termine à l'hiatus de de Fallope.

La partie inférieure du canal carotidien est détachée du rocher.

Ecartement de la suture sphéno-basilaire à droite seulement.

La paroi inférieure du sinus sphénoïdal gauche est fracturée.

L'apophyse ptérygoïde gauche est fracturée verticalement.

A l'extrémité postérieure de la fente sphéno-maxillaire gauche, la fracture s'arrête pour reparaître à son extrémité antérieure où elle divise transversalement la grande aile du sphénoïde, au niveau de l'orbite, par une division qui, de la paroi externe de cet orbite, se porte sur le temporal où elle se perd près du bord supérieur de la portion écailleuse.

Une seconde fracture, tout à fait indépendante de celle qui vient d'être décrite, est la fracture de l'arcade zygomatique au point ou elle se contourne sur elle-même.

Enfin, le sommet fracturé de l'apophyse clinoïde droite antérieure, repose sur le sinus caverneux ; la paroi supérieure du golfe de la veine jugulaire est fracturée ; une esquille, résultat de cette fracture, diminue l'ouverture du tron déchiré postérieur, et gêne par conséquent la circulation.

D'où provenait ici l'épanchement? Un examen attentif de la dure-mère, dit M. Jantet, ne m'a fait découvrir aucune déchirure de cette membrane. D'ailleurs, de nombreuses expériences sur le cadavre m'ont prouvé qu'en général la dure-mème n'éprouve de solution qu'autant que la fracture du crâne coïncide avec de grands délabrements.

Les sinus caverneux étant sains, l'écoulement ne peut être attribué à leur lésion. Il ne pouvait donc provenir que de deux sources : 1° d'un épanchement sanguin entre la dure-mère et le rocher ; l'écartement considérable des bords de la fracture avait, dans les premiers moments de l'hémorragie, donné passage à tous les éléments du sang ; 2° de la rupture des vaisseaux sanguins qui, dès le début de leur lésion, ont donné un écoulement sanguin, puis séreux par le fait du resserrement de leur lumière. Et

l'auteur ajoute que s'il n'a pas été trouvé de caillot entre le rocher et la dure-mère, c'est que, depuis l'accident, il y avait eu absorption.

Nous ne saurions nous rendre à une pareille argumentation. Les expériences tendant à prouver que la dure-mère ne se rompt qu'avec de grands délabrements ne prouvent rien devant des faits pathologiques absolument contraires. D'une autre part, l'absence de déchirure, qui paraît fort étonner l'auteur, nous semble, au contraire, tout à fait d'accord avec la série des phénomènes observés sur le vivant ; il eût été plus que curieux de rencontrer une rupture de la dure-mère lorsque l'écoulement avait cessé depuis plus de six semaines. C'était la cicatrice de la déchirure qu'il eût fallu chercher ; et nous n'admettrons la théorie de M. Jantet que quand on aura trouvé la dure-mère et l'arachnoïde absolument intactes chez un sujet mort pendant la durée de l'écoulement.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

Observation de polype pharyngien tombé en gangrène par suite d'une pression momentanée de son pédicule ; *par* M. Thierry, *ex-directeur des hôpitaux de Paris.*

Voici assurément un des faits les plus curieux que nous offre la pathologie du pharynx ; nous le laisserons raconter par l'auteur.

Obs. « En 1847, Etienne Dubois, demeurant rue Grange-aux-Belles, 10, âgé de seize ans, portait dans le pharynx une tumeur d'un volume supérieur à celui d'un œuf de poule, dure, rénitente, de consistance fibreuse, aplatie d'avant en arrière, fixée à la base de l'apophyse basilaire par un pédicule résistant, de consistance fibreuse, de la largeur du doigt indicateur, mais plus aplati. Cette tumeur se prolongeait en bas, et allait jusqu'à l'origine de l'œsophage ; le larynx était déprimé et porté en avant, ainsi que l'os hyoïde et la langue; la mâchoire inférieure était aussi portée en avant, et les dents incisives inférieures venaient se placer au devant des dents incisives supérieures. La respiration était difficile, anxieuse, très-bruyante. Quand on soulevait le polype pour le faire venir dans la cavité buccale, les orifices respiratoires étaient oblitérés, et le malade était sur le point de suffoquer.

« Je fus d'avis qu'il fallait pratiquer une opération. Trois procédés se présentaient : la torsion, la ligature, l'excision. L'excision pure et simple aurait pu être suivie d'une hémorrhagie entretenue par les plexus veineux, et très-difficile à arrêter. La ligature aurait laissé dans le pharynx un corps étranger à l'état de décomposition, qui aurait pu d'un instant à l'autre, par sa chute, déterminer une suffocation. Je préférai employer à la fois la torsion bornée et l'excision. La torsion devait être exécutée à l'aide d'une érigne enfoncée près du pédicule, et si elle eût été insuffisante pour rompre le pédicule, celui-ci eût été coupé avec des ciseaux. Pour borner la torsion, je fis faire par M. Charrière une pince contondante, que l'on peut se figurer en imaginant une pince à anneaux, dont les mors offriraient une première coudure plus longue commençant presque immédiatement au delà de l'articulation des branches, et, vers leur extrémité, une seconde coudure beaucoup plus courte, dirigée dans le même sens, de manière à former une ligne brisée, circonscrite à une même courbe. L'un des deux mors était creusé sur la convexité d'une cannelure, dont les bords étaient garnis de dents mousses ; l'autre mors venait s'appliquer dans cette cannelure par sa concavité également garnie de dents mousses.

« Avant de faire l'opération je voulus essayer cette pince. Je l'introduisis dans l'arrière-gorge, saisis le pédicule, et serrai très-légèrement. Dans cette manœuvre, la tumeur fut portée en avant, et, quoique la manœuvre eût été faite rapidement, le malade eut un instant de suffocation. Il fut effrayé probablement, car je ne le revis plus de plusieurs années.

« Dernièrement, à l'occasion de la conscription, D... vint me demander un certificat, et j'eus occasion de l'examiner de nouveau. Le polype n'existait plus. D... me dit que, quinze jours après l'introduction de la pince contondante, il sentit qu'une portion de la tumeur se détachait et tombait dans l'œsophage. La tumeur se sépara ainsi en vingt ou trente parties qu'il avala successivement, et au bout de deux mois elle avait complétement disparu. Il n'était survenu aucune hémorrhagie. D... n'avait senti aucun mauvais goût qui puisse faire penser à la décomposition de la tumeur.

« Quant aux parties environnantes, la mâchoire inférieure est toujours portée en avant; les fosses nasales sont très-étroites, leur ouverture interne très-déprimée de bas en haut; la respiration est encore un peu bruyante, surtout pendant le sommeil; l'ouïe est excellente. Par conséquent, les trompes d'Eustache n'ont éprouvé aucune altération.

« Le polype a donc disparu; mais les déformations qui coïncidaient avec sa présence ont persisté. »

(*Revue clinique.*)

DU TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES PAR LES DOUCHES DE VAPEUR D'IODE; *par* M. BOULONGNE.

On a employé contre les tumeurs blanches des douches de nature variée; M. Chéneau a tenté de diriger sur les articulations malades des douches de vapeur d'iode, et paraît en avoir retiré de bons résultats. Voici les détails que donne à cet égard M. Boulongne.

Le véhicule de l'iode, dans cette circonstance, est la vapeur d'eau : l'appareil se compose d'une espèce de cornue d'alambic, disposée sur un fourneau pour le dégagement de la vapeur d'eau. Cette vapeur passe dans un tube d'assez gros calibre dans lequel se trouve un autre tube beaucoup plus petit, terminé à l'une de ses extrémités par une petite boule percée de trous, dans laquelle on introduit l'iode pur. L'autre extrémité est évasée : elle se rend dans un petit ajustage qui va en s'effilant pour donner plus de force de percussion à la douche qui le traverse. Les choses étant ainsi disposées, on introduit la quantité d'iode voulue (ordinairement de 0 gram., 1 à 0 gram, 3), et l'on chauffe; la vapeur se dégage et vient frapper la partie malade.

Voici quels sont les phénomènes que l'on observe du côté des malades : 1° une sensation variable que les uns appellent du *fourmillement*, d'autres une sorte de *cuisson;* d'autres ressentent de véritables secousses analogues à celles que fait éprouver le fluide électrique. Cette sensation se prolonge pendant un temps qui varie de demi-heure à sept ou huit heures, suivant les prédispositions du malade, l'état de sa jointure, et surtout l'intensité de la douche. Après la sixième ou huitième douche au plus, on observe habituellement la cessation des douleurs. Plus tard, si l'on continue l'administration de ce remède avec persévérance, on voit l'articulation malade diminuer de volume, et permettre sinon des mouvements de la jointure, du moins l'usage de la partie inférieure du membre. La présence de plaies en suppuration n'est pas une contre-indication; loin de là, les douches iodées en hâtent la cicatrisation.

OBS. I. — Mlle Renaud, âgée de 21 ans, contitution lymphatique, fut atteinte à 16 ans d'une fièvre typhoïde, suivie d'une surdité d'un seul côté. Peu de temps après, se fit remarquer au genou gauche une tuméfaction d'abord indolente; un mois après, la fièvre se déclara, la partie malade devint rouge et fut le siége de vives douleurs. Les ventouses scarifiées, les cataplasmes laudanisés, furent employés sans beaucoup de succès; on eut ensuite recours aux vésicatoires, sans être plus heureux. Les symptômes s'aggravèrent, et, après plusieurs mois, la malade entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert. L'amputation de la cuisse lui fut propo-

sée ; elle s'y refusa, et sortit de l'hôpital quatre jours après y être entrée.

A cette époque, le genou avait environ 28 centimètres de circonférence ; les douleurs se faisaient principalement sentir à sa partie interne, au creux du jarret, où elles avaient le caractère lancinant, et sur les côtés de la rotule, où elles étaient le plus violentes. Cet os paraissait le siége d'une tuméfaction assez considérable ; tout mouvement était impossible, et déterminait d'horribles douleurs ; la peau était lisse et marbrée ; le tissu cellulaire sous-jacent présentait un empâtement considérable. La jambe, légèrement fléchie sur la cuisse, offrait comme elle un amaigrissement considérable ; les ganglions inguinaux étaient fortement engorgés. La malade avait perdu le sommeil et l'appétit ; le soir ramenait des exacerbations prononcées dans la fièvre, qui ne la quittait pas ; enfin l'amaigrissement général était très-prononcé.

Les douches d'iode furent de suite adminis trée (la dose n'était que de 0 gram., 20) ; le véhicule était la vapeur d'eau distillée d'arnica.

Le fourmillement dont nous avons parlé s'établit dès la première douche. On mit quatre jours d'intervalle entre celle-ci et la seconde ; à la cinquième, les douleurs avaient beaucoup diminué. La dose d'iode fut portée à 0, 30 centigrammes ; la malade fut mise à l'usage d'un sirop composé de sirop de salsepareille, antiscorbutique et de quinquina, et 20 centigrammes de séné. A la dixième douche toute douleur avait complétement disparu ; la fièvre cessa petit à petit, et aujourd'hui il serait difficile de dire lequel des deux genoux a été malade. On observe cependant une légère déformation du condyle interne du fémur. La durée du traitement a été de six mois ; mais la malade avait pu commencer à poser le pied par terre et à s'appuyer dessus dès le troisième mois.

Obs. II. — Mme Varenghen, âgée de 36 ans, vers la fin de mars 1850, reçut, vers la partie externe et postérieure du coude gauche, un violent coup de cerceau ; il s'ensuivit une douleur vive et un léger gonflement. Un peu plus tard, ayant porté un enfant sur le bras malade, la douleur prit alors subitement une acuité extrême ; l'articulation devint le siége d'un gonflement considérable, ce qui la força à garder le lit pendant trois semaines, et la maladie empirant de jour en jour, elle entra à l'hôpital Saint-Louis. A son arrivée, on lui fit une application de 25 sangsues ; après quoi on entoura l'articulation d'un large vésicatoire : ce remède produisit le meilleur effet ; les symptômes diminuèrent tellement, que la malade sortit de l'hôpital. Elle y revenait seulement de temps en temps pour prendre des douches sulfureuses, afin de rétablir les mouvements et la souplesse de l'articulation. Tout allait pour le mieux, lorsqu'un jour l'infirmière des bains lui prit l'avant-bras et l'étendit fortement sur le bras ; il en résulta une recrudescence dans les phénomenes morbides : c'est alors qu'elle entra à l'hôpital des Cliniques.

A cette époque, la tuméfaction du coude était énorme, l'articulation ressemblait à deux cônes adossés base à base ; une tumeur rougeâtre, fluctuante, siégeait à la partie postérieure et supérieure de l'épicondyle ; on l'ouvrit ; il en sortit du pus grisâtre de mauvaise nature, qui paraissait venir de l'intérieur de l'articulation. On administra l'huile de foie de morue à la dose de deux cuillerées à bouche par jour, pendant six semaines. Vingt-cinq jours après l'ouverture du premier abcès, il s'en forma un second à la partie interne et postérieure de l'articulation ; on l'ouvrit ; le pus qui s'en écoula avait le même caractère que le premier. L'état local et l'état général s'aggravèrent de jour en jour, et enfin M. Gosselin proposa la résection de l'articulation.

C'est dans cet état que MM. Chéneau et Boulongne commencèrent à lui donner des soins. Elle fut mise à l'usage du

sirop composé de gentiane et de quinquina (quatre cuillerées à bouche par jour pendant deux mois). On fit sur son articulation force douches de vapeur d'iode pure, et, sous l'influence de cette médication tant générale que locale, la maladie marcha à grands pas vers la guérison. Aujourd'hui l'articulation est ankylosée, mais les mouvements de la main sont parfaitement libres ; la malade, depuis longtemps déjà, peut serrer les objets, laver son linge, etc.

Obs. III. — Mlle Aline, âgée de 22 ans, avait éprouvé, il y a cinq ans, sans cause appréciable, des douleurs dans le genou droit ; il s'ensuivit une tumeur blanche qui fut traitée par beaucoup de remèdes inutilement. Elle entra à l'hôpital des Cliniques le 2 mai 1850 ; là on lui fit subir un traitement tonique et dépuratif à l'intérieur, et révulsif à l'extérieur. Elle en sortit le 6 mai 1851 dans un état déplorable. Les douches de vapeurs d'iode amenèrent en peu de temps un mieux très-notable. Cette jeune femme peut aujourd'hui marcher avec une seule béquille ; cependant, il ne faut pas se le dissimuler, c'est, des trois cas, celui qui a le moins bien réussi.

(*Thèse inaug.; Paris,* 1852.)

TRAITEMENT DE L'HYDARTHROSE PAR LA POMMADE AMMONIACALE, *l'étoupe et le taffetas gommé ;* par M. ANACHE.

Je me plais à signaler à mes confrères une méthode simple de traitement qui m'a toujours réussi contre l'hydarthrose ; les succès que j'en ai obtenus sont tels que je n'hésite point à leur en recommander l'emploi.

Depuis quelques années, douze cas d'hydropisie du genou ont été soumis à mes soins : j'ai eu autant de succès à enregistrer. Deux militaires appartenant au cours d'équitation viennent tout récemment encore de me fournir la preuve des bons effets de ce traitement.

Je ferai observer qu'à l'exception d'un seul, tous ces cas d'hydropisie articulaire étaient dus à une cause externe ; je n'en ferai pas l'histoire pour ne pas tomber dans des détails inutiles ; je me bornerai à faire remarquer que, parmi les cas dont je viens de parler, j'ai dû prendre en traitement un individu chez lequel, après avoir employé pendant deux mois une infinité de moyens sans obtenir la résolution de l'épanchement, on avait fini par faire la ponction à laquelle on ajouta sans succès l'injection iodurée.

Voici le traitement auquel j'ai eu recours : on étend sur une compresse assez grande pour couvrir les parties latérales et antérieure de l'articulation une pommade qui se compose comme suit :

Axonge	1 once.
Ammoniaque liquide..	1 gros.

Il faut avoir soin de surveiller cette application, afin d'éviter la vésication (ce qui est un point très-essentiel), et de ne produire qu'une forte rubéfaction qu'on obtient en dix à quinze minutes. On retire alors la compresse et on enlève avec précaution toute la pommade qui reste attachée à la peau. On couvre la tumeur de lin ou d'étoupe en assez grande quantité, que l'on maintient au moyen d'une pièce de taffetas gommée et d'une bande. Il survient incontinent une chaleur considérable, mais très-supportable, et il s'établit localement une transpiration qui humecte parfois le lin, comme s'il avait été trempé dans un liquide. Cette opération se renouvelle tous les jours jusqu'à résolution complète de l'épanchement.

Le repos au lit est d'une grande importance. Il survient quelquefois de petites vésications pendant l'emploi de la pommade ; on ne peut pas toujours les éviter. Pour continuer les applications journalières de la pommade ammoniacale, on recouvre les points dénudés avec des morceaux d'emplâtre de diachylon.

Parfois l'hydropisie du genou reconnaît pour cause une métastase érysipélateuse, le rhumatisme aigu ou chronique, et s'accompagne d'une grande douleur, de chaleur et de rougeur : la

méthode que je préconise ne lui est pas applicable dans ces circonstances; mais après la disparition de ces phénomènes morbides, elle reprend son efficacité en réveillant l'action des absorbants.

(*Archiv. belg. de méd. militaire.*)

Obstétrique.

D'UNE NOUVELLE CAUSE DE MORT APRÈS L'ACCOUCHEMENT, A LA SUITE D'ACCIDENTS NERVEUX; *par* M. DEPAUL.

Depuis que l'on étudie d'un peu près les causes de mort, on en a observé plusieurs que nos devanciers n'avaient pas soupçonnées; et dans ce recueil même nous avons rapporté quelques cas de morts inexplicables après l'accouchement, à ce point qu'on a cru pouvoir invoquer l'introduction de l'air dans les veines. M. Depaul vient de faire une addition à cette liste douloureuse; trois fois déjà il a vu mourir de nouvelles accouchées avec des circonstances qui n'ont été signalées ni dans les livres, ni dans les cours contemporains. Nous reproduisons la communication qu'il en a faite à la Société d'Emulation, ainsi que le court débat qui a suivi. Sans doute, M. Depaul en fera l'objet d'un travail spécial; en attendant, il est utile de fixer sur ce point l'attention des praticiens.

OBS. — « Une dame italienne, d'une très-faible complexion, habitant Paris depuis peu de temps, avait eu déjà quatre enfants et cinq ou six fausses-couches, quand redevenue enceinte elle consulta M. Depaul. Sa santé était alors très-mauvaise; il lui conseilla de garder le repos sur une chaise longue. Le conseil ayant été plus ou moins bien suivi, au septième mois une hémorragie survint, elle fut peu considérable. La guérison eut lieu au bout de quatre jours. Cinq semaines après, le travail d'accouchement s'établit, et l'enfant vint vivant et vit encore. La malade fut délivrée sans difficulté; on la coucha avec beaucoup de précaution, mais bientôt elle accusa de violentes douleurs dans le bas-ventre. M. Depaul crut à l'existence de caillots sanguins dans le col; il en retira quelques-uns, mais trouva peu de sang. Très-peu de temps après, la malade accusa de nouveau de vives douleurs dans le ventre et la région du cœur, accompagnées d'un sentiment de brûlure pendant les contractions utérines, et d'un état nerveux caractérisé par des malaises, des défaillances, de la crainte de la mort, le refroidissement des extrémités, des sueurs et une douleur poignante de la colonne vertébrale, etc. Toutes les cinq minutes, il vit se renouveler ces contractions et les mêmes accidents nerveux.

« M. Depaul fit appeler M. Guéneau de Mussy, médecin habituel de la malade, qui ne crut pas au danger prochain que redoutait M. Depaul, déjà instruit par deux faits précédents; mais les accidents firent des progrès rapides et en trois heures cette femme était morte.

« *M. Forget* est frappé surtout, dans cette observation, du fait de l'hémorragie antérieure. Eu égard à la constitution particulière et chétive de cette dame, à cette perte, à la quantité de sang perdue pendant l'accouchement, à la présence des caillots dans le vagin, il se demande s'il n'y avait pas chez cette dame de quoi constituer une véritable hémorragie. Il voudrait savoir aussi de M. Depaul si les deux autres femmes qu'il a vues mourir de la même façon étaient dans les mêmes conditions d'antécédents et de constitution.

« *M. Depaul* répond qu'il y a dans ces trois faits quelque chose qui ne ressemble pas du tout à la mort par hémorragie; ainsi il n'y a pas eu de syncope, pas d'affaiblissement des sens ni de l'intelligence. Il ajoute que les deux autres femmes n'étaient pas dans des conditions semblables à celle dont il vient d'entre-

tenir la Société, l'une était d'une forte constitution, et n'avait pas perdu de sang pendant la grossesse.

« *M. Forget* demande à M. Depaul s'il repousserait complétement l'explication proposée à la Société de chirurgie à l'occasion de faits de mort subite quelques jours après l'accouchement, rapportés par M. Robert. On a essayé d'expliquer la mort, dans ces cas, par l'introduction de l'air dans les sinus utérins.

« *M. Depaul* accepte avec plaisir l'extension donnée à la question par M. Forget, car elle lui fournit l'occasion de citer deux faits analogues à ceux dont s'est occupée la Société de chirurgie.

« Pendant qu'il était à la Clinique en qualité d'interne ou de chef de clinique, il vit une jeune femme, accouchée trois jours auparavant, fraîche et très-bien portante, mourir subitement. A l'autopsie, il trouva un kyste hydatique de la cloison inter-auriculaire qui venait de se rompre.

« Dans un autre cas, il a trouvé la rupture d'une veine ovarique.

« Aussi, dans les cas semblables, est-il disposé, jusqu'à autopsie, à croire que la mort a été déterminée par une lésion matérielle. L'introduction de l'air dans les sinus utérins lui paraît d'ailleurs une chose fort difficile. Sans doute les sinus sont béants, mais leur ouverture ne se continue pas bien loin. Ces conduits sont tortueux, sinueux; les vaisseaux sont réduits et revenus sur eux-mêmes.

« Du reste, ces cas ne se rapprochent en aucune façon de ceux qui font l'objet de sa communication, et dont le cachet caractéristique est une douleur dans l'utérus, jointe à cet état nerveux particulier.

« *M. Cherest* demande à M. Depaul si, indépendamment des trois faits si fatalement terminés, il en a vu d'autres dont l'issue ait été favorable.

« *M. Depaul* répond avoir vu un cas dans lequel il est parvenu à calmer la douleur et à guérir à l'aide du laudanum en lavement. La même médication avait été employée vainement dans les cas malheureux. »

Pharmacologie.

DE DIVERS LIQUIDES HÉMOSTATIQUES; *par* M. SÉDILLOT.

M. Sédillot vient de publier un deuxième Mémoire sur l'*eau de Pagliari*, pour les vertus de laquelle il professe un enthousiasme comparable à celui de Morand pour l'agaric. Cela lui a fourni l'occasion de faire des recherches sur la composition des liquides hémostatiques les plus vantés dans ces derniers temps; cette partie de son travail ne manque pas d'un certain intérêt.

1° *Eau Pagliari.*

La formule en a été adressée par M. Pagliari lui-même, le 31 août 1851.

On prend 8 onces de baume de benjoin, 1 livre de sulfate d'alumine et de potasse, et 10 livres d'eau commune. On fait bouillir le tout pendant six heures dans un pot de terre vernissée, en agitant sans cesse la masse résineuse et en remplaçant successivement l'eau évaporée par de l'eau chaude, pour ne pas interrompre l'ébullition. On filtre ensuite la liqueur et on la conserve dans des vases de cristal bien fermés. La portion non dissoute du benjoin forme résidu, et a perdu son odeur et la propriété de s'enflammer.

L'eau hémostatique obtenue par ce procédé est limpide, de la couleur du vin de Champagne, d'un goût légèrement styptique, et d'une odeur suave et aromatique. Si on la fait évaporer, elle laisse un dépôt transparent, qui adhère aux parois du vase.

M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil de Strasbourg, a préparé, d'après ces indications, une grande quantité

d'eau Pagliari, et il en a constaté analytiquement la parfaite identité avec celle qui avait été envoyée de Rome par M. Lacauchie, chirurgien en chef de notre armée expéditionnaire. L'action hémostatique de la liqueur, faite à Strasbourg, n'avait pas d'abord paru très-efficace. Cela tenait probablement à ce que la liqueur n'avait pas été conservée assez longtemps, ou n'avait pas été suffisamment agitée. Aujourd'hui, M. Hepp a abtenu un liquide parfaitement identique à l'eau Pagliari, comme caractères extérieurs et comme effets.

Voici d'ailleurs comment M. Pagliari raconte l'origine de sa découverte : « Le célèbre professeur, M. Malagodi, comprenant l'utilité d'une eau véritablement hémostatique, et n'en connaissant pas d'efficace, exprima l'idée d'en composer une avec une substance résineuse, dissoute dans un liquide. Je me mis à l'œuvre et fixai mon attention sur les pilules balsamiques de Morton. Ces pilules sont employées avec beaucoup de succès dans les hémorragies passives, et tirent leur principale propriété de l'acide benzoïque. Je m'efforçais dès lors de rendre la résine de benjoin soluble, en l'unissant à une substance qui en augmentât l'action. Mes travaux furent couronnés du plus heureux résultat, comme le démontrèrent bientôt les savants professeurs qui se servirent de mon eau hémostatique *intus et extra*, et qui obtinrent des effets presque instantanés, sans aucune irritation semblable à celles des styptiques et des astringents ordinaires. »

2° *Eau de M. Hepp.*

M. Hepp a substitué la résine blanche au benjoin dans la préparation de l'eau Pagliari, et il a obtenu un liquide qui agit à peu près dans le même sens.

3° *Eau de Brocchieri.*

Térébenthine...........	500 gr.
Eau	600 —

Faites bouillir pendant un quart d'heure; ajoutez quantité suffisante d'eau pour obtenir 1,000 grammes du mélange, filtrez quand la liqueur est refroidie.

4° *Eau de Tisserand.*

Sang dragon...........	100 gr.
Térébenthine des Vosges..	100 —
Eau..................	1,000 —

Faites digérer pendant douze heures sur des cendres chaudes.

5° *Eau de Neljabin.*

Seigle ergoté pulvérisé..	125 gr.
Canelle................	120 —
Ambre gris	30 —
Castoreum de Sibérie....	30 —
Baume de la Mecque....	12 —
Baume du Canada......	60 —
Romarin...............	750 —
Menthe poivrée	560 —
Huile de Cajeput.......	15 —
Alcool.................	500 —

pour rectifier 8,750 grammes d'eau hémostatique.

6° *Eau de Monterosi* (de Naples).

Serait, d'après la *Pharmacopée raisonnée de Guibourt*, une eau distillée, retirée de près de trente substances aromatiques.

7° *Eau de Léchelle.*

Paraît offrir les mêmes éléments de composition. (*Journal de chimie médic.*, juin 1813.)

8° *Eau de Chapelain.*

Ne renferme, d'après l'analyse de M. Hepp, aucune substance inorganique.

9° *Baume de compingt.*

N'a pas été analysé, mais nous a présenté une proportion assez grande d'une huile essentielle ou empyromatique.

10° *Ergotine de M. Bonjean.*

L'ergotine est dissoute dans trois ou quatre fois son poids d'eau, lorsqu'il s'agit d'arrêter une hémorragie grave, et dans cinq ou six fois son poids d'eau si l'hémorragie est plus légère.

11° *Eau hémostatique de seigle ergoté.*

Ergot concassé.........	100 gr.
Eau bouillante	500 —

Traiter par lixiviation. (Bouchardat, *Annuaire de thérapeutique.)*

12° *Eau de Rabel.*

Acide sulfurique........	100 gr.
Alcool	300 —

Mêler peu à peu en versant l'acide sur l'alcool. Laisser déposer, décanter et conserver dans un flacon pour l'usage.

13° *Eau de Matico.*

Infusion ou macération de 15 à 30 grammes de feuilles pour 200 grammes d'eau ; a été recommandée et donnée diverses fois avec succès.

Il est essentiel de remarquer que plusieurs de ces formules, telles que celles de l'eau de Brocchieri, de l'eau de Tisserand, de l'eau de Neljabin, ne sont que des à peu près imaginés par des pharmaciens, et que la véritable composition en est inconnue.

M. Sédillot a essayé comparativement plusieurs de ces préparations ; et il met au premier rang, d'abord l'eau de Pagliari et le baume Compingt qui ne lui est pas inférieur, puis l'eau de Rabel, puis l'eau de M. Hepp. Il rapporte ensuite huit observations d'hémorragies arrêtées par l'eau de Pagliari aidée de la compression ; il y a une hémorragie veineuse, plusieurs hémorragies capillaires, et finalement pas une seule d'une artère assez grosse pour avoir un nom. Cela n'équivaut pas aux succès de l'agaric, qui, dans les beaux jours de sa première vogue, fut appliqué *avec succès* sur les artères ouvertes dans des amputations de bras, de jambes, et même de cuisses ; toujours, à la vérité, comme l'eau Pagliari, avec le concours fort utile de la compression.

D'ailleurs, pour rendre sa collection plus complète, nous signalons à M. Sédillot une autre composition aussi célèbre au 18e siècle que peut l'être aujourd'hui celle de Pagliari. La formule en est donnée par Leclerc dans sa *Chirurgie complète.*

« Prenez du colcothar de vitriol rouge qui reste dans la cornue après qu'on en a tiré l'esprit, de l'alun brûlé et du sucre candi, de chacun 30 grains ;

« *De l'urine d'une jeune personne* et de l'eau de rose, de chacun demi-once ;

« De l'eau de plantain, 2 onces ;

« Agitez le tout ensemble longtemps dans un mortier.

« Si l'on applique une compresse imbue de cette eau sur une artère ouverte, et qu'on tienne la main dessus, elle arrête le sang... Si on la prend intérieurement, elle arrête le crachement de sang, les dyssenteries, le flux d'hémorroïdes et de menstrues. »

Malgré toutes promesses et ces merveilles, nous tenons que la meilleure liqueur hémostatique ne vaut pas un bon fil ciré.

(*Gazette méd. de Strasbourg.*)

BULLETIN CLINIQUE.

FRACTURE DE LA PREMIÈRE VERTÈBRE LOMBAIRE PAR CAUSE INDIRECTE, *ou par flexion forcée de la colonne vertébrale en avant;* par M. MELCHIORI, *chirurgien en chef de l'hôpital de Novi* (*Piémont*).

M. Philipeaux a rapporté dans la *Revue Médico-Chirurgicale,* mars 1852, un cas de fracture de la douzième vertèbre dorsale par cause indirecte, et il a conclu de ses expériences sur le cadavre que les fractures produites par une semblable cause portent sur la onzième ou la douzième vertèbre dorsale, et sont obliques en bas et en avant. Dans l'observation qui va suivre, la fracture portait sur la pre-

mière vertèbre lombaire, et la direction des fragments était toute différente. Je pense que, dans ce cas, la force de *flexion* doit avoir agi sur le cartilage ligamenteux qui réunit la douzième dorsale à la première lombaire, tandis que c'est la force de *compression* qui, agissant sur le corps de la première lombaire, en a produit l'écrasement, ensuite duquel eut lieu la fracture en différents sens.

Obs. — Dans la nuit du 23 au 24 février 1851, un homme vigoureux, âgé de 30 ans, charretier, était assis au-dessous du lit de la partie postérieure de son char (char à deux roues, long, chargé de tonneaux de vin dans une position horizontale, la partie antérieure des limons appuyée sur un chevalet en bois), occupé à retirer une natte en joncs ; lorsque l'un de ses compagnons ayant dû monter dessus le char, celui-ci bascula tout d'un coup en arrière, sa partie mobile prit une direction presque verticale, et de tout son poids alla comprimer la partie supérieure du dos du charretier. Des personnes, aussitôt accourues, trouvèrent le malheureux, le tronc fléchi en avant comme de vive force, en sorte que la tête touchait à peu près les genoux. La barre en bois qui unissait les deux extrémités postérieures des limons avait porté en travers sur le commencement de la colonne dorsale, en passant par les épaules, lui communiquant tout le poids qui était au-dessus, de façon que la colonne dorso-lombaire tout entière, les fesses étant fixes sur le terrain, avait été obligée de se plier en avant. Resté dans cette position pendant cinq ou six minutes, ceux qui l'entouraient le crurent mort; cependant, quelques instants après, on l'entendit gémir ; une écume blanche lui sortait de la bouche ; la figure livide, paupières et lèvres enflées et bleuâtres par extravasation du sang ; la conjonctive oculaire était elle-même rouge par ecchymose ; respiration brève, difficile ; perte involontaire des matières fécales et des urines. Une demi-heure après que l'accident eut lieu, il fut reçu à l'hôpital : il avait alors le pouls petit, éprouvait une douleur très-vive au sternum et le long de la colonne vertébrale ; les extrémités inférieures sans mouvements ; la sensibilité n'arrivait que jusqu'aux mollets ; la peau froide dans toutes les parties du corps ; sur les deux épaules, en arrière, existait une abrasion cutanée avec meurtrissure ; les apophyses épineuses des deux dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires faisaient saillie, formant une espèce d'arc ; le tronc restait encore un peu fléchi en avant. On le coucha sur son dos, ce qui réduisit quelque peu la courbure anormale des apophyses épineuses dorso-lombaires.

La réaction ne tarda pas à se manifester avec les symptômes de congestion pulmonaire, ce qui nécessita quelques saignées. Pendant huit ou dix jours, il y eut anorexie ; ensuite ischurie ; les matières fécales sortaient toujours involontairement. Plus tard, formation des escarres au scrotum ; les urines purulentes ; perte de la sensibilité des membres inférieurs. Mort le 24 mars suivant.

L'autopsie fit voir une infiltration sanguine des ligaments et du tissu cellulaire environnant les vertèbres dorso-lombaires, laquelle s'étendait aux capsules rénales, au mésentère et au tissu cellulaire des fosses iliaques. L'appareil ligamenteux antérieur était intact ; le corps de la première vertèbre lombaire moins haut que les autres ; le fibro-cartilage, qui unissait sa surface supérieure à l'inférieure de la douzième dorsale, était relâché et permettait un certain degré de mobilité aux deux vertèbres d'avant en arrière ; ses fibres étaient en partie déchirées, en partie allongées. Le corps de la première lombaire était fracturé de la manière suivante : Il y avait un fragment qui appartenait au bord supérieur dans sa partie convexe, coupé en biseau, haut de 1 centimètre, la fracture étant oblique de haut en bas et d'arrière en avant ; un deuxième fragment du même bord supérieur, et d'égales dimensions, était situé à la partie supérieure qui regarde la cavité vertébrale, dans

laquelle il faisait saillie et comprimait l'extrémité inférieure de la moelle; dans cet endroit, la moelle était réduite en bouillie : ce dernier fragment s'était fracturé obliquement de haut en bas et d'avant en arrière; tous les deux étaient mobiles et déplacés, et adhéraient seulement à la partie ligamenteuse. Un troisième fragment du corps se trouvait postérieurement à droite, de la hauteur du corps même de la vertèbre, comprenant la portion qui donne commencement à la lame; il avait l'épaisseur de 1 centimètre, et la fracture était verticale : ce fragment n'était pas déplacé. Les deux lames vertébrales étaient fracturées en travers, sans déplacement, au-devant du point d'où s'élèvent les apophyses montantes. Tout le corps de la vertèbre, à cause de la compression soufferte, était amoindri, ses cellules plus serrées et comprimées de haut en bas. Le fibro-cartilage qui réunit la première à la seconde lombaire était intact, sans mouvement de l'une sur l'autre ; les autres vertèbres normales. Dans le canal rachidien, l'on apercevait des traces de sang épanché; pas de pus : seulement, comme nous l'avons dit, l'extrémité inférieure de la moelle était en bouillie. Le rein droit rouge, hypertrophié, avait une cavité purulente dans son centre pouvant contenir une noix. Le fibro-cartilage qui joint le manubrium du sternum à son corps était relâché; les deux fragments étaient mobiles l'un sur l'autre, et du sang était répandu dans le médiastin antérieur. Le reste dans l'état normal.

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS POUR L'ENFANT; *contractions de l'utérus persistant pendant l'éthérisation ;* par M. Edmond SIMONIN, *directeur de l'école préparatoire de médecine de Nancy.*

Tous les faits contenus dans l'observation qu'on va lire ne me sont pas propres. L'opération a été pratiquée par M. le docteur Grandjean, tandis que j'éthérisais l'opérée. Mon but, en la publiant, est surtout d'attirer l'attention sur le rôle de l'utérus pendant un éthérisme qui a été poussé aussi loin qu'il était possible.

OBS.—Mme B..., d'une constitution chétive, âgée de 35 ans, est accouchée heureusement trois fois : les deux dernières couches ont eu lieu treize ans et quatre ans avant la quatrième grossesse dont il va être question. Depuis le deuxième accouchement suivi de l'allaitement, et après le troisième accouchement surtout, une déviation de la colonne vertébrale est survenue, de telle sorte que la taille s'est raccourcie d'environ 20 centimètres. Une hernie ombilicale s'est aussi alors révélée. Une quatrième grossesse survint, et Mme B... se trouva à terme le 15 décembre 1850.

Nous n'insisterons pas sur l'horrible anxiété où se trouva cette malade, lorsque pensant ne pouvoir être mère, à raison de sa difformité, elle fut moralement forcée de subir toutes les conséquences de la grossesse, alors qu'elle avait pensé pouvoir être sauvée, en sacrifiant à temps le produit de la conception.

Une sage-femme, appelée pour assister Mme B... dans sa couche, reconnut une étroitesse extrême du bassin, et fit appeler M le docteur Grandjean qui constata, le même jour, l'infiltration des membres inférieurs et une tuméfaction considérable des parties génitales externes. L'abdomen faisait une saillie considérable, et une antéversion de l'utérus était évidente. Ce même jour, la poche des eaux se rompit sans douleur. Dans la grossesse précédente, ce fait avait eu lieu trois jours avant l'accouchement.

Le lendemain, 16 décembre, les douleurs de l'accouchement se déclarèrent au commencement de la nuit. Une consultation eut lieu à une heure du matin, entre

MM. Grandjean, Edmond Simonin, Lemoine père et Lemoine fils ; et l'on constata l'état suivant :

Contractions énergiques de l'utérus, quantité assez considérable de sang écoulé par la vulve, dont la tuméfaction a pris d'énormes proportions ; pouls faible, donnant 110 pulsations ; anxiété très-vive. Au toucher extérieur, on rencontre une proéminence anormale de la symphyse du pubis, et le doigt introduit entre les branches montantes de l'ischion fait reconnaître qu'elles sont rapprochées l'une de l'autre, de telle sorte que, entre les ischions, un doigt seulement peut être horizontalement placé ; que, entre les branches, un seul doigt peut pénétrer, en se portant vers la symphyse, jusqu'au milieu de l'espace compris entre les branches montantes qui sont déformées. En arrière, le sacrum offre une saillie rendue très-apparente par la courbure de la colonne lombaire, portée si fortement en avant que le diamètre antérieur du grand détroit est altéré. Les trochanters semblent offrir moins de relief que d'habitude. Toutefois, la malade observe que l'écartement extrême des jambes qui est alors constaté est en partie accidentel, et tient au gonflement des parties génitales.

Le doigt ne peut pénétrer suffisamment dans le vagin pour rencontrer le col de l'utérus. La vie de l'enfant est constatée par ses mouvements, bien ressentis par la mère et par l'auscultation faite entre l'ombilic et la crête iliaque gauche.

Il était évident pour les médecins consultants que, dans le cas en question, la période dans laquelle se trouvait la malade réclamait l'intervention de l'art. Cependant, pour motiver une résolution définitive, on décida qu'un examen nouveau aurait lieu par le vagin, moyennant une éthérisation préalable ; mais il ne fut pas possible de reconnaître le sommet du sacrum non plus que la position du col utérin. Dès lors, l'opération césarienne fut jugée indispensable, et la malade s'y étant résignée, on y procéda sans aucun délai, à deux heures du matin. L'éthérisation fut pratiquée de nouveau par M. Edmond Simonin.

M. Grandjean porte son bistouri à deux travers de doigts au-dessus de l'os pubis gauche, et commence une incision légèrement courbe, ayant sa convexité en dehors, s'élevant jusqu'au-dessus de l'ombilic, et comprenant successivement la peau, les muscles et le péritoine, soulevés au moyen d'une sonde cannelée, et formant ensemble une paroi abdominale peu épaisse. L'utérus fait immédiatement hernie. Cet organe apparaît offrant une coloration blanc-bleuâtre, rappelant celle du tissu des ventricules du cœur, lorsqu'ils sont parfaitement exsangues. Les intestins qui l'entourent sont contenus à l'aide des mains. L'utérus est incisé parallèlement à la plaie abdominale, l'incision porte à la fois sur le tissu musculaire de l'organe et sur le placenta en partie décollé. Les membranes sont percées en regard de la plaie. L'enfant est trouvé dans la seconde position, et présente les fesses à l'ouverture faite à l'utérus ; il est immédiatement saisi par les pieds, extrait de la matrice, séparé de sa mère. C'était un garçon qui poussa immédiatement des cris éclatants ; on remarqua aussi qu'en cet instant il rendit une partie du méconium. Aucune artère tégumenteuse ou musculaire ne donna de sang. La délivrance fut immédiatement effectuée. Le rôle de l'utérus, pendant la manœuvre opératoire, est important à noter, surtout en le rapprochant des phénomènes de l'éthérisation. L'intelligence, les sens, la sensibilité générale étaient complétement abolis ; néanmoins, la contraction générale de l'utérus fut évidente pendant l'incision ; et le tronc de l'enfant était à peine sorti que cette incision s'était déjà raccourcie d'environ trois travers de doigts, de telle sorte que la tête eut peine à la franchir à son tour.

Après l'extraction de l'enfant, l'éthérisation fut suspendue pendant quelques

secondes; mais, en ce moment, des contractions musculaires étant apparues aux membres supérieurs, et faisant craindre une difficulté dans la réduction des intestins échappés de l'abdomen, l'éthérisation fut reprise. La contraction musculaire dont il vient d'être question disparut rapidement, et celle des parois abdominales ne fut pas visible.

On procède à la réduction des intestins. Les lèvres de l'incision abdominale sont rapprochées par quatre points de suture entortillée. Quelques compresses placées sur l'abdomen sont maintenues par un bandage de corps.

L'éthérisation ne fut cessée qu'après la dernière suture. M. Edmond Simonin s'était servi de l'appareil à soupapes sphériques de Charrière. Au moment où l'appareil fut retiré, le pouls avait notablement faibli; la respiration avait diminué de fréquence et d'énergie, de telle sorte que, pendant quinze secondes environ, les soupapes de l'appareil se soulevaient à peine. Jusque-là, la persistance de la contraction des muscles masséters avait paru éloigner l'idée d'un danger dans l'éthérisation. Le ronchus n'était point apparu ; il n'existait pas de mucosités bronchiques, et la sécrétion salivaire ne paraissait pas augmentée ; en ce moment, les pupilles étaient extrêmement *contractées :* leur diamètre n'offrait pas plus de 1 millimètre 1/2 d'étendue. La figure était pâlie; les lèvres étaient décolorées ; il n'y avait pas de sueur à la peau. L'oreille approchée de la bouche percevait le bruit léger d'une respiration régulière. Après la fin de l'éthérisation, l'éthérisme persista pendant environ trente secondes au degré qui vient d'être signalé.

L'air de l'appartement fut alors renouvelé : une ventilation fut établie, à l'aide d'un éventail improvisé, devant la bouche de la malade dont la tête se trouvait sur le même plan que le tronc; les masséters se détendirent alors. On fait quelques piqûres sur la partie droite du front, une légère contraction du muscle orbiculaire a lieu, et des soupirs se font entendre. Une minute après le réveil de la sensibilité, les yeux s'ouvrent naturellement, les pupilles sont largement dilatées, et ne se contractent que très-peu sous l'influence de la lumière. A l'annonce de sa délivrance, par une opération qu'elle avait totalement ignorée, elle répond par ces seuls mots : « *Ah ! cela est bien commode !* »

Pendant la nuit, sommeil vague, douleurs dans l'abdomen, rappelant les douleurs de l'accouchement; cris; quatre vomissements en sept heures, douleur à la plaie de l'abdomen. La malade doutant de l'opération se fait apporter son enfant, que l'on avait éloigné pour que ses cris ne la privassent pas de sommeil; absence d'urine.

16 *décembre au matin*. Pupilles moins contractées que la veille ; pouls, 108 pulsations; langue humide, quelques heures de sommeil, saveur du chloroforme assez pénible, continuation des douleurs.—*Eau gazeuse.*

Les linges sont fortement teints de sang dans la journée ; vers le soir, on visite la plaie ; une anse intestinale est passée entre deux points de suture ; une nouvelle épingle est placée et maintenue à l'aide de la suture entortillée : légère sécrétion urinaire, écoulement de sang par le vagin; vomissements fréquents pendant la nuit, affaiblissement de l'intelligence.

17 *décembre*. Enflure des parties sexuelles très-diminuée ; mort à neuf heures du matin, trente-six heures après l'opération.

Autopsie, *trente heures après la mort.*—L'incision pratiquée a une longueur de 11 centimètres 1/2; elle porte moitié au-dessus, moitié au-dessous de l'ombilic.

Collection de sang dans le péritoine, estomac et intestins sains ; l'utérus offre l'incision sur son fond à droite ; cette incision n'offre plus que 4 centimètres

d'étendue ; fibres de la matrice offrant la teinte blanchâtre reconnue à la lumière lors de l'opération ; ovaires petits, offrant de nombreuses cicatrices ; vagin allongé d'une manière remarquable, et faisant suite immédiatement à la matrice sous forme d'un vaste sac, sans qu'on puisse reconnaître la séparation du col d'avec le vagin autrement que par l'épaisseur et la composition musculaire du tissu de la matrice fort élevée au-dessus de ce sac, puisque cet organe se trouvait complétement au-dessus du détroit supérieur.

Le bassin était excessivement déformé. Les pubis, à 2 centimètres du bord interne de la cavité cotyloïde, étaient pliés presque à angle droit ; et, en conséquence, la symphyse pubienne était portée fortement en avant ; les trous sous-pubiens adossés dans la moitié interne de leur étendue, et les bords internes et supérieurs des cavités cotyloïdes rapprochés l'un de l'autre, à la distance de 6 centimètres. Les points les plus inférieurs des ischions étaient pareillement à 6 centimètres l'un de l'autre ; enfin, les branches ischiatiques n'étaient séparées que par un intervalle de 1/2 centimètre, et ne permettaient pas au doigt de passer. La seule inspection du bassin prouve que le détroit supérieur, réduit par le rapprochement des pubis à moins de 3 centimètres 1/2, ne pouvait permettre le passage de l'enfant ; il explique aussi comment a dû se déplisser le col de la matrice retenue au-dessus du détroit supérieur.

Nota.—Ajoutons que, aujourd'hui 15 décembre 1851, l'enfant est encore vivant.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES MALADIES CHRONIQUES QUI ONT LEUR SIÉGE DANS LES ORGANES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE ; *par* M. BRICHETEAU, *médecin de l'hôpital Necker, etc.* — Paris, 1852, chez H. Souverain.

Depuis l'apparition de l'immortel ouvrage de Laennec, les maladies de poitrine n'ont guère été que l'objet de quelques recherches de détails, destinées pour la plupart à confirmer ses opinions et ses vues. Le Traité de la phthisie pulmonaire de M. Louis fait seul exception, et par l'étendue des investigations, l'exactitude et la précision des résultats, il a mérité de prendre place à côté des livres du maître. Mais, comme le dit judicieusement M. Bricheteau, si presque aucun symptôme des maladies de poitrine n'a échappé à la sagacité et à l'observation de Laennec, il est certain, d'un autre côté, qu'une mort prématurée ne lui a pas permis d'achever l'histoire de plusieurs maladies chroniques de la poitrine. C'est pour combler ces lacunes que, depuis de longues années, M. Bricheteau a entrepris des recherches. Placé sur le même théâtre que Laennec, il a pu recueillir lentement tous les matériaux de travail, et ce n'est qu'après l'avoir soumis au creuset de longues et patientes observations qu'il s'est décidé à le livrer à la publicité. Ce livre se présente donc à nous avec des garanties de maturité que l'on ne rencontre pas communément, et qui suffiraient seules pour attirer notre attention, si nous ne savions pas depuis longtemps toute l'importance qu'il faut attacher aux travaux de M. Bricheteau. M. Bricheteau est, en effet, du petit nombre des médecins qui mettent à profit leur haute position dans les hôpitaux, et qui, sans être arrêtés par l'âge qui s'accroît toujours, signalent chaque période de leur vie par la publication de bons travaux.

Son nouvel ouvrage a pour but de traiter exclusivement des maladies chroniques

de l'organe respiratoire. Il a voulu ainsi circonscrire le cadre de son travail, et il est parvenu à le faire probablement avec moins de netteté qu'il ne l'eût souhaité. Il me paraît difficile, en effet, d'établir une dénomination bien tranchée entre les maladies aiguës et les maladies chroniques de la poitrine. Quelques-unes étant chroniques de leur nature, restent aiguës pendant plusieurs mois, comme la phthisie galopante; d'autres participent à la fois de l'état aigu et de l'état chronique, qui semblent alterner; d'autres, enfin, ne sont que des accidents des maladies chroniques. C'est ainsi que M. Bricheteau s'est vu amené à traiter dans son livre de l'hydrothorax primitif, qui n'est souvent qu'une pleurésie aiguë, de la grippe, de l'hémoptysie. Quoi qu'il en soit de cette petite difficulté, et à part les exceptions que nous venons d'indiquer, le travail de M. Bricheteau embrasse toutes les maladies vraiment chroniques de la poitrine, inflammatoires ou avec produits homologues et hétérologues, sans oublier les affections nerveuses, l'asthme, l'aphonie et la dyspnée nerveuse.

On peut croire que, dans un seul volume, M. Bricheteau n'a pas donné un égal développement à chacune de ces maladies; disons qu'il a su trouver pour la plupart des choses intéressantes, pour quelques-unes des idées vraiment neuves. Nous ne pouvons le suivre dans tous les détails, qui perdraient leur intérêt si on les isolait des observations, et nous ne nous attacherons qu'aux deux maladies qu'il a le plus particulièrement étudiées, et qui, du reste, sont celles qui nous intéressent le plus : ce sont la phthisie pulmonaire et les épanchements thoraciques.

Sous forme de préface, M. Bricheteau expose quelques considérations sur l'étiologie générale des maladies de poitrine. Nous avons trouvé là quelques points qui ne nous paraissent pas encore avoir été suffisamment étudiés, et qui sont mis en relief avec beaucoup de sagacité : nous voulons parler de l'influence des difformités de la colonne vertébrale sur le développement des maladies de poitrine. Cette influence est incontestable, mais dans quelles conditions se produit-elle? quelle est la nature des affections thoraciques qui en résultent? Ce sont là des questions qui sont bien indiquées par M. Bricheteau.

Ces considérations sont en quelque sorte le préambule de l'article consacré à la phthisie pulmonaire. Cette maladie paraît avoir été un sujet de prédilection pour l'auteur. Elle a été étudiée sous toutes les faces avec un soin extrême, et elle n'occupe pas moins de 300 pages. L'historique de la maladie est certainement le plus complet et le mieux fait que nous ayons lu. On reconnaît là un érudit, familier depuis longtemps avec les anciens, et dont la mémoire sûre et fidèle n'a rien oublié. Après l'historique vient la description de la maladie. Je n'ai pas besoin de dire qu'elle est tout à fait complète. Aucune des questions qui s'y rattachent n'est omise ou traitée légèrement. Questions de symptomatologie, de contagion, d'antagonisme, d'étiologie générale ou spéciale; sur tous ces points, M. Bricheteau a des faits et des opinions arrêtées. Mais ne bornant pas ses recherches à la pathologie, et se souvenant qu'un médecin doit avant tout se préoccuper de la guérison des malades, il a *traité* ses phthisiques, il a expérimenté tous les médicaments et médications qui ont été proposés à travers les siècles, et, en publiant les résultats auxquels il est parvenu, il a réussi à faire un article de thérapeutique du plus haut intérêt. Sous le rapport de la prophylaxie, M. Bricheteau accorde une véritable importance à l'habitation de certaines localités. C'est ainsi qu'il cite des cas intéressants de malades atteints de phthisie pulmonaire, et qui, allant habiter Nice ou Malaga, ont vu leur santé revenir pour de longues années. Ce sont là, je le sais, des faits bien connus, mais qui sont encore contestés, et sur lesquels, par consé-

quent, il est bon de revenir. Parmi la multitude de médicaments qu'a expérimentés M. Bricheteau, ceux qui paraissent avoir le mieux réussi d'une manière générale sont les fumigations chlorées, l'huile de foie de morue, etc.; mais, avant tout, les émétiques. J'avoue que je ne connaissais pas cette médication appliquée à la phthisie pulmonaire, et pourtant les résultats que M. Bricheteau en a obtenus sont tout à fait séduisants. Indépendamment de quelques cas de guérison, la plupart des malades se trouvaient considérablement soulagés, et voyaient leur maladie suspendre ses progrès. M. Bricheteau publie une dizaine d'observations qui confirment tout à fait ces résultats. Du reste, ce mode de traitement n'est point nouveau. Déjà Morton, Huxham conseillaient les vomitifs dans la phthisie. Un médecin de la Faculté de Montpellier, Lonthois, publia en 1800 un traité dans lequel l'émétique était la base du traitement de la phthisie, et Giovanni de Vittis, médecin en chef des armées napolitaines, prétendait, en 1832, que sur 216 guérisons de maladies pulmonaires obtenues par les émétiques, il y avait 160 phthisiques.

Tout en faisant la part de l'exagération qu'il peut y avoir dans les assertions du médecin napolitain, il n'en paraît pas moins certain que l'émétique est un médicament précieux dans la phthisie. Le mode d'administration adopté par M. Bricheteau est une solution de 5 à 15 centigrammes de tartre stibié sur 180 grammes de véhicule, dont on prend une ou deux cuillerées le matin jusqu'à production de nausées, et une le soir.

Nous ne terminerons pas ce qui a rapport à la phthisie sans rappeler les deux opérations de paracenthèse thoracique au niveau des cavernes pratiquées par M. Bricheteau, avec succès dans l'un des cas. Le Mémoire qui renferme ces observations a été publié dans ce même journal. C'est là évidemment une opération hardie qui peut trouver son application dans certains cas, mais qui, je crois, n'a été pratiquée que par M. Bricheteau.

Le mot de paracenthèse thoracique, que je viens d'écrire, m'amène naturellement à parler des épanchements thoraciques. C'est, en effet, à l'occasion d'un rapport sur cette opération appliquée aux épanchements que M. Bricheteau a été amené à étudier ces affections. M. Bricheteau est l'un des premiers qui aient signalé la proscription injuste de la thoracenthèse, et qui ait pressenti qu'elle reprendrait bientôt un rang distingué dans la thérapeutique. M. Bricheteau distingue très-judicieusement deux formes d'épanchements thoraciques : l'un constitué par de la sérosité, l'autre par du pus ; il restitue à celui-ci son ancien nom d'empyème. Dans tous les deux, il peut être indiqué de pratiquer la thoracenthèse, soit que l'épanchement ait eu lieu d'une manière aiguë ou d'une manière chronique. Dans ce dernier cas, M. Bricheteau formule ainsi sa pensée : Il faut sans hésiter faire la paracenthèse du thorax, toutes les fois que l'épanchement paraît idiopathique ou qu'il est la suite d'une pleurésie chronique. Nous devons dire, toutefois, qu'il ne recourt à l'opération qu'après avoir essayé quelques médicaments internes, révulsifs, hydragogues, etc. C'est ainsi que, dans 90 observations que M. Bricheteau publie dans son livre, la thoracenthèse a été pratiquée avec succès. Ce sont là des faits péremptoires qui nous paraissent devoir changer la thérapeutique de la pleurésie.

On peut voir, par les quelques détails que nous venons de rapporter, quel est l'esprit du livre de M. Bricheteau. C'est un véritable traité pratique des maladies chroniques de poitrine, dont toutes les observations, toutes les remarques, sont sages et judicieuses, et qui est destiné à devenir le guide des médecins appelés si souvent à traiter ces meurtrières maladies. O.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences. — 17 *mai*. — *M. Niepce* adresse des *Recherches de l'iode dans l'air, les eaux et les produits alimentaires des Alpes de France et des Cévennes*. Il a recherché quelle pouvait être, sur le développement du goître et du crétinisme, l'action de l'absence ou de la présence de l'iode dans ces différents milieux. Il constate, par de nombreux exemples, que si l'absence plus ou moins complète de l'iode dans l'air, les eaux et les produits alimentaires, est une cause active de crétinisme et de goître, on ne serait pas fondé à en conclure d'une manière absolue qu'elle en est la cause unique. Il est, en effet, nombre de lieux où ces deux affections, autrefois si nombreuses, ont disparu presque entièrement depuis que l'aisance y a pénétré, sans que la composition de l'air ou des eaux ait été changée.

— *M. Niepce* adresse, en outre, un *Mémoire sur l'action des bains de petit-lait*. Ayant remarqué que, chez la plupart des malades plongés dans le bain de petit-lait, le pouls s'abaissait d'une manière très-notable, au point de ne donner quelquefois que 34 pulsations, M. Niepce a étudié avec soin cette curieuse influence sur la circulation, chez 217 malades, pendant les années 1849, 1850 et 1851, et il a eu les résultats suivants :

Chez 69 malades, le nombre des pulsations s'est abaissé à....	34
Chez 93, à..	38
Chez 31, à..	42
Chez 24, à..	45

C'est à l'acide lactique que l'auteur croit devoir attribuer en partie cette sédation dans la circulation.

24 *mai*.—*M. Baudens* lit une note *sur le traitement de l'entorse* à l'aide de l'eau froide ou de la glace, avec ou sans addition de sel marin.

31 *mai*.—*MM. Becquerel* et *Rodier* communiquent de nouvelles recherches sur l'augmentation et la diminution des principaux éléments du sang, globules, fibrine et albumine, dans diverses maladies.

— *M. E. Robin* propose de remplacer le chloroforme, comme agent anesthésique, par l'éther bromhydrique ou par l'éther chlorhydrique dissous dans la liqueur des Hollandais.

— *M. A. Legrand* présente un lipôme enlevé de la région deltoïdienne à l'aide de la cautérisation linéaire avec la potasse caustique.

Académie de médecine. — 18 *mai*. — *M. Bouvier* lit un Mémoire *sur l'inégalité congéniale ou acquise des deux moitiés latérales de la face*.

M. Roux pense que M. Bouvier n'a pas tenu assez compte de la différence originelle de force et de développement du côté droit et du côté gauche ; celui-ci est généralement plus faible.

M. Bouvier répond qu'il n'est pas du tout convaincu que la réduction d'une moitié de la face ait plus souvent lieu à gauche qu'à droite. Il en est de même pour le rachis ; ainsi il est impossible de s'expliquer l'origine des déviations de la taille par la prédominance du côté droit sur le côté gauche, ces déviations étant beaucoup plus fréquentes à droite qu'à gauche. M. Bouvier croit que c'est bien plutôt dans les rapports de l'aorte avec la colonne vertébrale qu'il faut chercher la cause de la plus grande fréquence des déviations du côté droit.

M. Duméril remarque qu'il y a, dans les animaux vertébrés, des espèces qui présentent des exemples remarquables de ces inégalités de développement des deux moitiés latérales du corps. C'est, suivant les espèces, tantôt le côté droit qui prédomine, tantôt le côté gauche.

M. Huzard signale ce fait, qu'il est beaucoup plus facile de faire galoper un cheval sur le pied droit que sur le pied gauche, et que lorsqu'on le fait tourner à gauche, son pas devient hésitant et peu sûr.

Le Mémoire de M. Bouvier sera renvoyé au Comité de publication.

— *M. H. Gaultier de Claubry* lit un rapport sur une demande de M. le docteur Blaud (de Beaucaire), tendant à obtenir pour les pilules dont il est l'inventeur (pilules ferrugineuses de Blaud), le bénéfice du décret du 10 mai 1850, c'est-à-dire l'insertion dans le *Bulletin de l'Académie* jusqu'à une nouvelle publication du Codex. M. le rapporteur conclut à ce qu'il soit fait droit à la demande de M. Blaud.

Après une discussion très-longue et très-confuse, dans laquelle cette proposition rencontre une vive opposition de la part de plusieurs membres, le vote des conclusions est ajourné.

25 *mai.*—*M. Michel Lévy* fait un rapport sur deux observations de M. Chrestien (de Montpellier), tendant à démontrer que le rhumatisme musculaire peut se terminer par suppuration. L'analyse de ces observations prouve qu'il ne s'agissait que de simples abcès sous-aponévrotiques coïncidant avec des douleurs rhumatismales. — Remercîments et dépôt aux archives.

— L'ordre du jour rappelle la discussion sur les pilules de Blaud. Après un débat très-animé, l'Académie décide que le rapport sera renvoyé à la commission à laquelle on adjoindra de nouveaux membres.

1er *juin.* — *M. Huzard* lit l'observation d'un homme mort à la Charité avec un érysipèle gangréneux et toutes les lésions cadavériques qui caractérisent la morve, et qui, cependant, n'avait pas eu depuis neuf ans au moins de communication avec les chevaux. Il en conclut que la morve n'est pas une affection spéciale, mais la terminaison de diverses maladies.

MM. Velpeau, Renaud, Bérard et *Laugier* s'élèvent fortement contre cette manière de voir, qui n'est soutenue que par M. Huzard.

— *M. Burq* lit un Mémoire *sur l'application des métaux dans la chlorose.*

8 *juin.* — *M. Guibourt* présente à l'Académie deux flacons de pilules de Blaud, avec certificat de l'auteur, prouvant qu'on en veut faire un objet d'exploitation. Le pire de la chose est que, dans le prospectus, on avance deux assertions fausses, dont l'une touche l'Académie, de qui l'on dit qu'elle a reconnu l'inaltérabilité de ces pilules. — Renvoyé à la commission.

— *M. Chevallier* lit un rapport favorable sur un travail de M. Baudrimont, relatif aux eaux de Vichy.

— *M. Bousquet* lit la première partie du rapport annuel sur les vaccinations.

15 *avril.*— Cette séance a été presque toute consacrée à la discussion du nouveau rapport *sur les pilules de Blaud* par M. H. Gaultier de Claubry. Les conclusions étaient encore favorables ; elles ont soulevé l'opposition la plus énergique. M. Guibourt a signalé un spéculateur bien connu, M. Langrenier, mis au lieu et place de M. Blaud, au point que les deux signatures se trouvent côte à côte sur les boîtes de pilules ; il a relevé le danger de la formule primitive, contenant du carbonate de potasse en excès ; il a établi, et ceci a été avoué par la commission, qu'elles étaient sujettes à s'altérer ; il a ensuite montré les formules variant d'une année à l'autre, de telle sorte que la formule présentée à l'Académie n'est plus la formule

primitive, et que les pilules livrées au commerce par MM. Blaud et Langrenier ne sont même pas préparées d'après la formule nouvelle. Une foule d'autres membres ont pris la parole dans le même sens; et malgré l'appui que M. Orfila tout seul a prêté au rapporteur, les conclusions ont été rejetées à une grande majorité.

VARIÉTÉS.

Responsabilité médicale. — Accusation pour délivrance d'un faux certificat.

Cour d'appel de Rouen. — Audience du 27 mai.

Au mois de février dernier, une dame C..... fut citée comme témoin devant la cour d'assises de Rouen, dans l'affaire du nommé Coquet, accusé d'attentat à la pudeur sur l'enfant de cette dame, âgée seulement de quatre ans. Elle était arrivée au terme de sa grossesse, et M. Goupil, de Doudeville, son médecin, constata qu'il lui était impossible de se rendre à Rouen. L'affaire fut renvoyée à une autre session.

Madame C..... accoucha en effet le 29 février.

Le 22 mars suivant, l'affaire Coquet se présenta de nouveau à la cour d'assises. Madame C....., citée comme témoin, ne répondit pas encore à l'appel de son nom. En effet, il eût fallu qu'elle partît de chez elle le 21 mars : or, c'était le vingt-deuxième jour après son accouchement; elle avait été souffrante pendant ses couches; elle nourrissait son enfant atteint alors, par parenthèse, du muguet; enfin, un des seins était engorgé; ajoutez à cela que l'on était en hiver et que l'on avait à redouter l'émotion inévitable dans une circonstance de cette nature. M. Goupil lui délivra donc un nouveau certificat pour attester qu'elle ne pouvait se rendre à la cour d'assises.

Le ministère public pensa que madame C..... avait résolu de ne point déposer devant la justice, et que son médecin lui avait délivré un certificat de complaisance. Il y avait, il faut le dire, un concours malheureux de circonstances : madame C..... n'avait pas porté plainte lors du viol de son enfant, et plus tard elle avait refusé de renseigner le brigadier de gendarmerie.

Quoi qu'il en soit, un médecin d'Yvetot fut chargé par l'autorité d'aller visiter la malade : M. Lefèvre certifia qu'il avait reconnu que madame C..... était bien portante et qu'elle aurait pu faire le voyage de Rouen, quoiqu'elle fût accouchée vingt jours auparavant, quoiqu'elle fût nourrice, quoique son enfant fût malade, enfin quoique l'on fût en hiver. Quant à l'engorgement du sein, M. Lefèvre n'en trouva pas le 25 mars, *sept jours après la rédaction du certificat suspecté.*

En conséquence, M. Goupil fut traduit en police correctionnelle comme prévenu d'avoir certifié *faussement* une maladie propre à dispenser d'un service public.

Devant le tribunal d'Yvetot, M. Morisse, médecin, déposa dans le même sens que l'accusé; il affirma qu'il avait visité aussi madame C..... et qu'elle présentait encore les signes les plus certains de faiblesse maladive, et qu'il lui avait été impossible, le 22 mars, d'aller à Rouen à cause de son état, de celui de son enfant,

à cause de la saison, et enfin à cause de la nature du service public que l'on réclamait d'elle.

Le tribunal d'Yvetot acquitta M. Goupil.

Mais le ministère public forma appel de la décision. La cour, après avoir entendu M. Cocaigne, substitut de M. le procureur général, en son réquisitoire, et Me Pouyer comme défenseur du prévenu, adoptant les motifs des premiers juges, a confirmé purement et simplement le jugement de première instance.

Nous nous abstenons de toute réflexion sur cette affaire ; nos lecteurs en apprécieront facilement la portée, ainsi que le rôle joué, dans cette circonstance, par les différentes personnes qui ont comparu devant la justice.

— M. le ministre de l'intérieur vient d'adresser aux préfets une circulaire dans laquelle il leur recommande de faire une enquête suivie et minutieuse sur tous les cas d'hydrophobie qui se présenteront. Le résultat devra faire connaître :

1° Le sexe de la personne exposée à la contagion ou atteinte;

2° Son âge;

3° Sa résidence;

4° L'espèce de l'animal qui a fait la morsure;

5° Le mode d'inoculation, ou la nature et le siége des blessures virulentes;

6° Les signes propres à établir l'existence de la maladie chez l'animal supposé enragé, les causes probables à lui assigner, la marche qu'elle a suivie en se transmettant d'un premier individu aux autres, et les différences d'énergie que peut présenter le principe contagieux après plusieurs transmissions;

7° La date du jour où a eu lieu la transmission du mal;

8° Le nombre des individus simultanément mordus, et la proportion de ceux qui ont été atteints de la rage;

9° La date du jour où se sont manifestés les premiers symptômes et la durée de l'incubation;

10° La durée de la maladie;

11° Le mode de terminaison;

12° Les moyens préventifs qui auront été employés pour combattre la contagion;

13° L'époque exacte où auront été appliqués ces moyens et le temps qui s'est écoulé entre leur emploi et l'inoculation;

14° Les moyens de traitement et les remèdes divers mis en usage;

15° Les observations particulières que chaque cas d'hydrophobie pourrait suggérer.

Prix proposés par l'Académie royale de médecine de Belgique.

L'Académie royale de médecine de Belgique a mis au concours les questions suivantes pour 1853 et 1854 :

1° « Faire l'histoire de la maladie connue sous le nom de *pleuro-pneumonie épizootique,* en insistant plus particulièrement sur la recherche de ses causes et sur les meilleurs moyens d'en préserver les bêtes à cornes.

« Déterminer, au point de vue de l'industrie, de l'hygiène publique et de l'économie, le parti que l'on peut tirer, aux différentes périodes de la maladie, des animaux qui en sont affectés. »

Prix : *Une médaille d'or de* 800 *francs.*

Les Mémoires devront être remis avant le 20 mars 1853.

2° « Exposer l'état de nos connaissances sur le lait. Déterminer, par des expériences nouvelles, l'influence qu'exercent sur la composition et sur la sécrétion de ce liquide animal les différents genres d'alimentation et l'ingestion des matières médicamenteuses. »

Prix : *Une médaille d'or de* 1,500 *francs.*

3° « Faire connaître, d'après l'état actuel de la thérapeutique, les moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses. »

Prix : *Une médaille d'or de* 400 *francs.*

4° « Exposer l'influence respective des divers nerfs sur les mouvements de l'iris. »

Prix : *Une médaille d'or de* 400 *francs.*

5° « Faire l'histoire chirurgicale des tumeurs en général. »

« *N. B.* En adoptant cette question, l'Académie a surtout en vue de réunir en faisceau les connaissances acquises à la science depuis les travaux modernes.

« Les concurrents pourront donc se dispenser de discuter longuement sur les tumeurs phlegmoneuses externes, sur l'anthrax et sur quelques autres productions parfaitement connues. »

Prix : *Une médaille d'or de* 800 *francs.*

6° « Faire une nouvelle étude chimique du *veratrum album* et des alcaloïdes qu'il renferme. »

Prix : *Une médaille d'or de* 500 *francs.*

Les Mémoires pour ces cinq derniers prix devront être remis avant le 1er juillet 1853.

7° « Exposer les causes, les symptômes, le caractère et le traitement des maladies propres aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillères et métallurgiques du royaume. »

Prix : *Une médaille d'or de* 600 *francs.*

Remise des Mémoires avant le 20 mars 1854.

Les Mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français. Les Mémoires manuscrits, lisiblement écrits, seront seuls admis aux concours; ils devront être adressés, *francs de port,* au secrétariat de l'Académie, au Musée, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux Mémoires doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront pas leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répéteront dans un billet cacheté renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les Mémoires arriveraient après les termes fixés ci-dessus, seront exclus des concours.

L'Académie informe les concurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part au concours;

2° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses Mémoires;

3° Que les auteurs de ces ouvrages auront droit à en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

— La ville de Paris vient de soumettre au gouvernement un projet d'échange d'après lequel elle ferait démolir à ses frais le principal bâtiment de l'Hôtel-Dieu, formant une des faces de la place du Parvis-Notre-Dame, et elle recevrait en retour, de l'Etat, l'église et l'enclos des Barnabites. Elle démolirait l'église des Barnabites, s'approprierait le terrain, y établirait le marché du quai du Marché-Neuf, et très-probablement la Morgue, qui, d'après les projets des travaux de la Seine, doit changer d'emplacement. L'église des Barnabites, aujourd'hui sans destination, a servi, jusqu'à ces derniers temps, de lieu de dépôt pour les archives de la Cour des comptes.

—On a inauguré, le 26 mai dernier, un hôpital israélite fondé par le baron James de Rostchild.

— On annonce qu'une congrégation religieuse, principalement instituée pour le soulagement des malades, et qui possède déjà plusieurs établissements en activité dans quelques départements, se propose de demander au Conseil de l'Assistance publique d'être chargée du service des infirmiers et infirmières dans les hôpitaux et hospices de Paris.

— L'hospice des Vieillards de Bordeaux, qui renferme environ 450 infirmes des deux sexes, vient d'être le théâtre d'un violent incendie. Le feu s'y est déclaré le 5 juin, à dix heures et demie du soir. En quelques instants, le premier étage, consacré au dortoir des femmes, a été envahi par les flammes. Grâce aux prompts secours arrivés de toutes parts, et bien que l'incendie se soit étendu rapidement au quartier des hommes, aucun des vieillards qu'il contenait n'a perdu la vie. On évalue le dommage à 100,000 fr. Heureusement, l'hospice était assuré par cinq Compagnies.

— M. Charles Gama, neveu de l'illustre chirurgien de ce nom, vient de mourir à l'âge de 44 ans. Le 37e régiment de ligne, dont il était chirurgien-major, lui a payé un juste tribut de regrets.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE DIXIÈME VOLUME.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

FIN DE LA TABLE DU ONZIÈME VOLUME.

